

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. L. Ritzema, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. J.J.M. Linders)

Zaaknummer: 202400673

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,

en

Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. te Leiden, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 29 juli 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Hierop heeft een intakegesprek plaatsgevonden. Op 12 augustus 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 26 september 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 1 oktober 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 15 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar een aanvullende reactie gegeven naar aanleiding van een vraag vanuit de commissie. Een afschrift hiervan is op 16 oktober 2024 aan verzoeker gestuurd, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop tijdens de hoorzitting te reageren. Hierop heeft verzoeker de commissie bij brief van 25 oktober 2024 nadere stukken gezonden. Kopieën hiervan werden aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 1.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 november 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. Na de hoorzitting is de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld binnen drie weken te reageren op de door verzoeker ter zitting voorgedragen pleitnota. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 25 november 2024 op de pleitnota gereageerd. Een afschrift van zijn reactie is op 27 november 2024 ter kennisname aan verzoeker gezonden. Verzoeker heeft bij brief van 5 december 2024 een opmerking gemaakt ten aanzien van de gevolgde procedure. Deze brief is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Vrij Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

- 2.2. Verzoeker heeft sinds 2001 de beschikking over een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Met ingang van 2015 wordt dit PGB vv aan hem verstrekt door de ziektekostenverzekeraar ten laste van de zorgverzekering. Op 27 september 2022 diende verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag in tot verlenging van het eerdere PGB vv. In vervolg hierop heeft de ziektekostenverzekeraar bij e-mailbericht van 5 oktober 2022 aan verzoeker meegedeeld dat is geconstateerd dat één van de betrokken zorgverleners niet beschikt over het juiste diploma, zodat zij alleen het informele tarief in rekening mag brengen.
- 2.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 21 december 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar een hoorzitting georganiseerd, waarvan een verslag is gemaakt. Uit dit verslag volgt dat de ziektekostenverzekeraar zijn beslissing handhaaft dat de betreffende zorgverlener enkel het informele tarief mag declareren.
- 2.4. Verzoeker heeft hierop diverse klachten bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. In zijn heroverweging van 23 maart 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de declaraties voor de verleende zorg door de betreffende zorgverlener met betrekking tot de jaren 2022 en 2023 worden vergoed als ware zij een formele zorgverlener. Met ingang van 2024 mag zij enkel het informele tarief in rekening brengen.

3. **Standpunt verzoeker**

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is hem toe te staan zijn zorgverlener op MBO-2+ niveau het formele tarief te vergoeden ten laste van het PGB vv.
- 3.2. Verzoeker heeft hiertoe in zijn brief aan de commissie van 10 augustus 2024 aangevoerd dat:
 - 1) de ziektekostenverzekeraar geen wettelijke grond heeft voor het uitsluiten van de formele status van zijn ZZP-zorgverlener met MBO-2+ diploma;
 - 2) de ziektekostenverzekeraar in strijd handelt met artikel 13a Zorgverzekeringswet door het niet bieden van een "passende vergoeding";
 - 3) de ziektekostenverzekeraar in strijd handelt met artikel 6 van de Mededingingswet aangaande het decimeren van de concurrentiepositie van verzoeker om zorgaanbieders te kunnen werven;
 - 4) de ziektekostenverzekeraar de regels van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) negeert die zijn opgenomen in het Besluit zorgverzekering aangaande de categorieën van zorgverleners, en hierbij ook artikel 2.2 van deze wet overtreedt;
 - 5) de ziektekostenverzekeraar in strijd handelt met artikel 1 van de Grondwet omdat ongelijke kansen worden gecreëerd voor zorgaanbieders voor zover het gaat om het aanbieden van Persoonlijke Verzorging ten opzichte van de Wet langdurige zorg (Wlz), waar het diploma wel wordt erkend;
 - 6) de ziektekostenverzekeraar de polisvoorwaarden niet goed heeft toegepast.
- 3.3. Verzoeker heeft in verband hiermee verder toegelicht dat de ziektekostenverzekeraar alle beroepsmatige MBO-2 zorgaanbieders aan elkaar gelijk stelt. Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen het niveau 'helpende' zonder extra kwalificaties en diploma's voor 'Persoonlijke Verzorging' met één of meerdere kwalificaties, zoals in ieder geval ADL, het toedienen van medicatie en bijvoorbeeld het mogen gebruiken van een tillift. Volgens de ziektekostenverzekeraar hoeft bovendien alleen te worden gekeken naar de Zorgverzekeringswet en zouden andere wetten niet van toepassing zijn. Verzoeker is echter van mening dat andere wetten hem juist beschermen. Deze maatregel van de ziektekostenverzekeraar heeft tot gevolg dat hij zijn zorgverlener 41% minder kan uitbetalen dan zij gewend is. Zij kan, als zij ontslag neemt, tevens niet door een ander worden vervangen, omdat verzorgenden op dit niveau onder de Wlz wel het formele tarief krijgen uitbetaald, en het aantal zorgverleners schaars is. Verzoeker kan daarom geen zorgverlener meer vinden die hem kan verzorgen. Verzoeker heeft overigens niet in de regelgeving of onderliggende toelichtingen daarop kunnen terugvinden dat een zorgverlener op MBO-2+ niveau onder de

Zorgverzekeringswet geen Persoonlijke Verzorging tegen het formele tarief zou mogen verlenen. In de regelgeving is slechts bepaald dat Persoonlijke Verzorging een verzekerde prestatie is.

- 3.4. De Wmg-inbreng is bepalend voor wie wel en wie niet de status en het tarief van formele zorgverlener krijgt en deze is volgens verzoeker cruciaal voor het PGB vv, zowel in het kader van de Wlz als de Zorgverzekeringswet. Die Wmg-inbreng in Bzv-pgb (Staatsblad 484) raakt de kern van het geschil dat verzoeker heeft met de ziektekostenverzekeraar, en legt bloot dat het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' niet gestoeld is op de juiste wet- en regelgeving, tenzij er een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) is die voor de Zorgverzekeringswet een deel van die inbreng wijzigt. Voor die cruciale Wmg-regels was in de hoofdartikelen geen ruime plek; die was, net als Persoonlijke Verzorging, verstopt in de Nota van Toelichting. Dit had tot gevolg dat de daaruit voortvloeiende Regeling zorgverzekering wel een beleidsregel bevatte over wie beroepsmatig Verpleging mag geven, maar niet over wie beroepsmatig Persoonlijke Verzorging mag verlenen. De antwoorden van de ziektekostenverzekeraar op de vraag van de Ombudsman Zorgverzekeringen wáár in de wet- en regelgeving staat dat zorgaanbieders van niveau 2 uitgesloten mogen worden, zijn eveneens ontoereikend. 'Persoonlijke Verzorging' valt zowel onder de Wlz als onder de Zorgverzekeringswet. Als de ziektekostenverzekeraar legitiem MBO-2+ ZZP-ers zou uitsluiten van de status 'formeel', dan zou er een AMvB te vinden moeten zijn op grond waarvan dit is gerechtvaardigd. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij de ziektekostenverzekeraar naar die AMvB gevraagd in de brief van 5 juni 2024. De ziektekostenverzekeraar heeft deze echter niet kunnen vinden. De wet- en regelgeving die de ziektekostenverzekeraar inbracht is niet die AMvB en geeft noch antwoord op de vraag of de AMvB die dit zou kunnen regelen bestaat, noch op de vraag wie 'Persoonlijke Verzorging' mag leveren tegen het formele tarief.
- 3.5. Het is verzoeker verder gebleken dat het geen zin heeft over te stappen naar een andere zorgverzekeraar, omdat die op hun websites vergelijkbare voorwaarden hebben vermeld. Het ziet ernaar uit dat de zorgverzekeraars onderling afspraken hebben gemaakt die de positie verslechteren van hen die afhankelijk zijn van zorg. Een en ander betreft 'kartelvorming' en is in strijd met artikel 6 van de Mededingingswet.
- 3.6. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hem de mogelijkheid moet worden geboden zelf de benodigde zorg in te kopen. Een passende vergoeding ontbreekt evenwel op alle niveaus. In de Memorie van Toelichting bij de Zvw staat dat negatief uitwerkende regels of tarieven niet mogen worden doorgevoerd. De Wmg bepaalt dat er een AMvB moet zijn die de buitensluiting van de zorgverlener rechtvaardigt. De betreffende AMvB heeft de ziektekostenverzekeraar niet genoemd. De Wmg maakt het de ziektekostenverzekeraar onmogelijk de zorgverlener en andere formele zorgaanbieders de formele status en het formele tarief af te nemen. De regelgeving die de ziektekostenverzekeraar zelf heeft ingebracht, is geen legitimatie voor de praktijk van uitsluiten.
- 3.7. Bij brief van 5 december 2024 heeft verzoeker de commissie meegedeeld dat, volgens hem, de ziektekostenverzekeraar met zijn brief van 25 november 2024 niet heeft gereageerd op de pleitnota. Daarentegen is hij in zijn brief uitgebreid ingegaan op zaken die volgens verzoeker ter zitting naar voren hadden moeten worden gebracht.

4. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat een zorgverlener met een diploma op MBO-2 niveau niet het formele tarief in rekening mag brengen in het kader van het PGB vv vanuit de Zorgverzekeringswet. Hij heeft hiertoe in zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 4 juli 2024 aangevoerd dat een vergelijking met andere verzekeringen of wetten dan waarop de onderhavige prestatie is gebaseerd volgens hem buiten beschouwing dient te blijven. Van belang is of de ziektekostenverzekeraar ten aanzien van verzoeker de polisvoorwaarden met betrekking tot het PGB vv op de juiste wijze heeft toegepast. De overheid bepaalt welke zorgkosten worden vergoed ten laste van de zorgverzekering en onder welke voorwaarden. Het

staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij in de zorgverzekering een dekking te bieden die ruimer of beperkter is dan op grond van de Zorgverzekeringswet is bepaald. De overheid heeft bepaald dat voor de prestatie 'Verpleging en Verzorging' ook een PGB vv kan worden toegekend. In aanvullende bepalingen is opgenomen welke bedragen ten hoogste mogen worden vergoed. Het betreft hier de tarieven voor formele en informele zorgverleners. Deze regelgeving is verwerkt in de polisvoorwaarden en het reglement. De ziektekostenverzekeraar sluit het inzetten van een zorgverlener met bijvoorbeeld niveau 2 niet uit, maar daarvoor wordt op grond van de polisvoorwaarden, die zijn gebaseerd op wet- en regelgeving, dan het 'informele' tarief vergoed.

- 4.2. In zijn brief aan de commissie van 26 september 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat een helpende niveau 2 slechts bevoegd is een beperkt aantal taken uit te voeren. Medicatie toedienen valt daar bijvoorbeeld niet onder. De opleiding die helpenden volgen is beperkt en zij zijn niet aangesloten bij de branchevereniging V&VN. Als er aanspraak bestaat op Verpleging en Verzorging, zoals bedoeld in de zorgverzekering, zal de zorgvraag meer omvatten dan wat een helpende niveau 2 kan bieden. De helpende kan daarmee niet zelfstandig voldoende kwaliteit bieden om een formele zorgverlener in de wijkverpleging te zijn. Daarom stelt de ziektekostenverzekeraar onder meer als voorwaarde dat, om in aanmerking te komen voor het formele tarief, sprake moet zijn van een verzorgende niveau 3 of hoger.
- 4.3. Bij brief van 15 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar desgevraagd verklaard dat de zorgverlener van verzoeker niet beschikt over een BIG-registratie.
- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop aangevoerd dat hij tot 2022 de omschrijving van formele zorgverleners te ruim heeft geïnterpreteerd. Nadien is een en ander weer in lijn gebracht met het reglement. Het is niet zo dat de zorgverlener van verzoeker wordt uitgesloten, maar voor deze zorgverlener geldt volgens de ziektekostenverzekeraar een ander, namelijk het informele, tarief.
- 4.5. Bij brief van 25 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat de functiegerichte omschrijving van de zorg de ruimte laat aan zorgverzekeraars om in de voorwaarden van de zorgverzekering te bepalen door wie een bepaalde vorm van zorg mag worden verleend. Daarbij kan worden overeengekomen welke hoedanigheid, bekwaamheid of geschiktheid een zorgverlenende persoon of instelling moet hebben, wil diens zorg voor rekening van de zorgverzekering komen. In artikel 27.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering is onder meer bepaald dat het reglement van toepassing is. In dit reglement is vastgelegd dat zorg die wordt verleend door een zelfstandig werkende zorgverlener met de kwalificatie helpende niveau 2 niet onder de dekking valt die de zorgverzekering biedt voor de prestatie verpleging en verzorging. Dit is ook het geval voor de prestatie Zvw-pgb (artikel 27.2 van de zorgverzekering) aangezien de voorwaarden in artikel 27.1 - die van toepassing zijn verklaard op het Zvw-pgb - maken dat zorg geleverd door een zelfstandig werkende helpende niveau 2 niet voldoet aan de door de ziektekostenverzekeraar in zijn polisvoorwaarden gestelde kwaliteitseisen voor verpleging en verzorging. De ziektekostenverzekeraar maakt op deze kwaliteitseisen in het reglement echter een uitzondering ten voordele van de verzekerden, door de zorg die wordt verleend door een zelfstandig werkende helpende niveau 2 wel voor vergoeding in aanmerking te laten komen, maar dan tegen het tarief zoals van toepassing op informele zorgverleners. De voorwaarden, zoals deze door de ziektekostenverzekeraar op basis van het reglement worden gehanteerd, komen overeen met de gemaakte bestuurlijke afspraken, waarnaar ook wordt verwezen in de Memorie van Toelichting bij de wijziging van de Zorgverzekeringswet met het oog op het opnemen van regels betreffende een Zvw-pgb. De toepasselijkheid van de bestuurlijke afspraken en de invulling van het begrip informele zorgverlener in de polisvoorwaarden zijn - naast met ZN, Per Saldo en VWS - overeengekomen met de beroepsvereniging V&VN. Dat deze afspraken breed worden aanvaard blijkt ook uit de toepassing hiervan in polisvoorwaarden van andere zorgverzekeraars.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 4.6.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over het PGB vv zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en het Reglement 2024 Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (hierna: het reglement) opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. De commissie merkt allereerst op dat zij de brief van de ziektekostenverzekeraar van 27 november 2024 toelaat tot de procedure. Weliswaar beperkt de ziektekostenverzekeraar zijn reactie niet tot de pleitnota, maar in de brief staan geen nieuwe zaken waardoor uitsluiting van de procedure dan wel het bieden van een extra reactiemogelijkheid aan verzoeker zou zijn aangewezen. De brief van 5 december 2024 van verzoeker wordt eveneens betrokken in de beoordeling.
- 6.3. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker aanspraak heeft op Persoonlijke Verzorging. In dat kader ontvangt hij van de ziektekostenverzekeraar een PGB vv. Verder staat vast dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker achteraf heeft toegestaan zijn zorgverlener voor 2022 en 2023 het formele tarief te vergoeden. Wat partijen verdeeld houdt is de vraag of verzoeker ook voor 2024 aan zijn zorgverlener - MBO2+-niveau - dit tarief mag uitkeren ten laste van het PGB vv.
- 6.4. De aanspraak op Verpleging en Verzorging is geregeld in artikel 27 van de voorwaarden van de zorgverzekering en verder uitgewerkt in het reglement. In artikel 7.2, eerste lid, van het reglement (2024) is bepaald dat het formele tarief voor Persoonlijke Verzorging € 41,96 per uur bedraagt en voor Verpleging € 58,44 per uur. Het tweede lid bepaalt, voor zover hier van belang, dat het formele tarief in rekening mag worden gebracht door een ZZP'er in de wijkverpleging die een diploma MBO-verpleegkunde heeft of een verzorgende 3IG of verzorgende niveau 3 is en aantoonbaar voldoet aan de kwaliteitseisen op het gebied van werkervaring en deskundigheid. In het derde lid is geregeld dat voor informele zorgverleners een tarief mag worden gerekend van maximaal € 23,52 per uur voor zowel Persoonlijke Verzorging als Verpleging. Het staat vast dat de zorgverlener van verzoeker niet voldoet aan de vereisten van artikel 7.2, tweede lid, van het reglement, zodat verzoeker op basis van het bepaalde in dit reglement het informele tarief aan haar dient te vergoeden en kan declareren ten laste van het PGB vv.
- 6.5. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij niet kan worden gehouden aan het bepaalde in het reglement, omdat dit in strijd zou zijn met de wet. Onder andere heeft hij gesteld dat een ZZP'er op niveau 2 onder de Wlz wel wordt erkend als formele zorgverlener en dat hij niet bij een andere zorgverzekeraar terecht kan omdat de reglementen van de verschillende zorgverzekeraars op dit punt niet van elkaar verschillen. Verzoeker is daarom van mening dat sprake is van kartelvorming, hetgeen in strijd is met de mededingingswetgeving.
De commissie merkt op dat verzoeker zich met het afsluiten van de zorgverzekering heeft verbonden aan de hiervoor geldende voorwaarden. Deze zijn gebaseerd op de toepasselijke wet- en regelgeving, met name de Zvw, het Bzv en de Rzv. In artikel 2.15b Bzv is bepaald dat, tenzij het zorg betreft waarop de artikelen 50 tot en met 56 Wmg van toepassing zijn, bij ministeriële regeling bedragen kunnen worden vastgesteld die ten hoogste met het PGB vv kunnen worden vergoed.

Bedoelde ministeriële regeling is de Rzv. In artikel 2.29a, eerste lid, Rzv is opgenomen dat in het geval de zorgverlener niet valt onder de Wmg maximaal het in die bepaling genoemde - lagere - tarief wordt vergoed voor Verpleging en Verzorging. Hierop is een uitzondering gemaakt in artikel 2.29a, tweede lid, Rzv voor BIG-geregistreerde zorgverleners, uitgezonderd de in het derde lid bedoelde bloed- en aanverwanten.

Onder andere ter verdere uitwerking van deze regelgeving zijn door de vereniging Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de beroepsvereniging voor Verzorgenden en Verpleegkundigen Nederland (V&VN), de vereniging van budgethouders Per Saldo, en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) bestuurlijke afspraken gemaakt. In de bestuurlijke afspraken die gelden van 1 januari 2024 tot en met 31 december 2026 is op bladzijde 13 een toelichting gegeven op artikel 5.2 van de diverse reglementen PGB vv. Hierin staat, voor zover hier van belang:

"Voor de vraag wie onder de noemer van formele zorgverlener valt, verwijzen partijen naar datgene wat is opgenomen in het PGB-reglement over de informele zorgverleners. Onder informele zorgverleners vallen in ieder geval zorgverleners die:

(...)

b. zorghulp of helpende tot opleidingsniveau 3 zijn en/of;

(...)

Indien één van bovenstaande punten van toepassing is, komt een zorgverlener niet in aanmerking voor het formele tarief."

Uit het voorgaande volgt dat het verschil in tarief is gebaseerd op wet- en regelgeving met betrekking tot de zorgverzekering en bestuurlijke afspraken die in dat kader zijn gemaakt door de betrokken partijen. De verwijzing van verzoeker naar de Wlz en de mededingingswetgeving treft geen doel, aangezien de Wlz een ander terrein bestrijkt en de specifieke wet- en regelgeving op basis van de Zvw voorrang heeft op wet- en regelgeving met een meer algemeen karakter. Waar verzoeker betoogt dat de Wmg op de desbetreffende zorgverlener van toepassing is, merkt de commissie op dat toepasselijkheid van de Wmg er niet aan in de weg staat dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars gedifferentieerde tarieven (in dit geval: verschillende tarieven voor formele en informele zorgverleners) afspreken, zolang deze onder de maximumtarieven blijven die door de NZa met toepassing van de Wmg zijn vastgesteld. De commissie constateert dat de bestuurlijke afspraken hierbinnen passen.

- 6.6. De omstandigheid dat verzoeker voor 2022 en 2023, in afwijking van het reglement, wel het formele tarief mocht hanteren brengt hierin geen verandering. De commissie stelt vast dat de polisvoorwaarden en onderliggende regelgeving op het punt van het onderscheid in tarieven in ieder geval in de laatste jaren niet zijn gewijzigd. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat zijn interpretatie van formele zorgverlener aanvankelijk te ruim was. Blijkens zijn brief van 23 maart 2023 is hij verzoeker tegemoet gekomen door hem met terugwerkende kracht toe te staan het formele tarief voor zijn zorgverlener met een opleidingsniveau MBO2+ te vergoeden ten laste van het PGB vv over de jaren 2022 en 2023. Dit in verband met het mogelijk bij verzoeker in die jaren gewekte vertrouwen dat de zorg door deze zorgverlener voldeed aan de voorwaarden van een formele zorgverlener, hetgeen niet het geval is. Daarbij heeft hij duidelijk gemaakt dat vanaf 2024 declaraties voor verleende zorg door zijn zorgverlener worden getoetst en uitbetaald met inachtneming van de dan geldende polisvoorwaarden, inclusief het reglement. Voor zover het gaat om het jaar 2024 is bij verzoeker dan ook niet het vertrouwen gewekt dat hij voor dat jaar eveneens het formele tarief voor zijn zorgverlener zou mogen vergoeden ten laste van het PGB vv. Of verzoeker, als zijn huidige zorgverlener ontslag neemt, in staat is een andere zorgverlener te vinden die bereid is hem te verzorgen, is niet relevant voor het antwoord op de vraag of voor deze zorgverlener het formele tarief geldt. Indien die situatie zich voordoet, en verzoeker inderdaad geen andere zorgverlener kan vinden die hem Persoonlijke Verzorging wil bieden tegen het informele tarief, kan hij op zoek gaan naar een zorgverlener die wél voldoet aan de gestelde voorwaarden en bereid is de zorg te leveren, dan wel de ziektekostenverzekeraar vragen om zorgbemiddeling of kiezen voor zorg in natura.

Slotson

6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. **Bindend advies**

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 28 januari 2025,

J.J.M. Linders

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering



Reglement 2024
Persoonsgebonden
Budget
Verpleging en verzorging

Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2024

Begripsbepalingen	3
Artikel 1 Inleiding	5
Artikel 2: Doelgroep Zvw-pgb	5
Artikel 3: Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb.....	5
Artikel 4: Weigeringsgronden.....	6
Artikel 5: Aanvraag Zvw-pgb.....	6
Artikel 6: Toekenningverklaring.....	8
Artikel 7: Declareren van zorg	8
Artikel 8: Verplichtingen	10
Artikel 9: Herziening of intrekking	12
Artikel 10. Beëindigen van het Zvw-pgb	12
Artikel 11. Terugvordering	13

Begripsbepalingen

Algemeen Gegevens Beheer-code (AGB-code)

Unieke code per zorgverlener of zorgaanbieder, die opgenomen is in het AGB-register.

Bewuste-keuzegesprek

Dit is een telefonisch of persoonlijk gesprek tussen u en ons. Tijdens dit gesprek kunt u uw aanvraag toelichten. Onze medewerker informeert u over wat de keuze voor een Zvw-pgb voor u betekent. De medewerker stelt vragen over uzelf, uw zorgbehoefte en de in te kopen zorg. Ook kunt u zelf uw vragen aan ons stellen.

Second opinion indicatie

Uw zorgbehoefte kan opnieuw beoordeeld worden. U kunt uw zorgbehoefte opnieuw laten beoordelen, door een andere BIG-geregistreerd HBO-wijkverpleegkundige. De basisverzekering vergoedt de second opinion, maar alleen als wij daarvoor vooraf toestemming hebben gegeven. U heeft de optie om ons te vragen om een andere verpleegkundige aan te wijzen.

Herbeoordeling indicatie

Zorg en Zekerheid kan uw zorgbehoefte opnieuw laten beoordelen. Wij vragen u dan een afspraak te maken met een tweede, onafhankelijke wijkverpleegkundige werkzaam bij een thuiszorgorganisatie die wij u aanwijzen, om de gestelde indicatie opnieuw te laten beoordelen.

Partner

Uw echtgeno(o)t(e), geregistreerd partner, of andere levensgezel waarmee u een duurzame huishouding voert. Verpleging en verzorging Dit betreft de zorg zoals omschreven in artikel 2.10 Besluit zorgverzekering (Bzv). Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:

- verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of een hoog risico daarop;
- niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12, en;
- geen kraamzorg als bedoeld in artikel 2.11 betreft.

Voorbehouden handelingen

Voorbehouden handelingen zijn medische handelingen die onaanvaardbare risico's voor de gezondheid van een patiënt met zich meebrengen als ze door een ondeskundige worden uitgevoerd. Wie deze handelingen mogen uitvoeren, staat in de art. 35-39 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).

Vertegenwoordiger

Een vertegenwoordiger is een persoon die u als uw vertegenwoordiger aanwijst uit uw familie (bloed- en aanverwanten in de 1e of 2e graad) of die uw echtgenoot, uw geregistreerde partner of een andere levensgezel is en die niet aan de definitie van de wettelijk vertegenwoordiger voldoet.

Wij beoordelen of u met deze vertegenwoordiger in staat wordt geacht de taken en verplichtingen die aan het Zvw-pgb verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren.

Als vertegenwoordiger wordt niet geaccepteerd, iemand:

- a. die bij eerdere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij/zij als hulppersoon of vertegenwoordiger optrad, niet heeft ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
- b. die niet beschikt over een geldig woonadres;
- c. wiens vrijheid is ontnomen;
- d. op wie de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen van toepassing is verklaard, of daartoe een verzoek bij de rechtbank is ingediend;
- e. onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen valt, dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank is ingediend of deze derde failliet is verklaard;
- f. die anderszins onvoldoende waarborg zal bieden voor het nakomen van de voor de budgethouder aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen;

Ook een organisatie of persoon die tegen een vergoeding uw Zvw-pgb beheert, wordt niet geaccepteerd als vertegenwoordiger.

Wettelijk vertegenwoordiger

Een wettelijk vertegenwoordiger is voor een persoon jonger dan 18 jaar één van de ouders, voor zover deze het ouderlijk gezag heeft, of een voogd. Voor personen van 18 jaar en ouder is het een curator, mentor of bewindvoerder, door de rechtbank benoemd.

Woonadres

Het adres op grond waarvan u bij de Basis Registratie Personen (BRP) bent ingeschreven.

Zorg in natura

Bij zorg in natura levert en organiseert de zorgaanbieder de zorg en regelt de administratie daaromheen. Wij hebben deze zorgaanbieder gecontracteerd.

Zorgaanbieder

Met een zorgaanbieder bedoelen wij de partij waarmee u een overeenkomst heeft gesloten om zorg te verlenen. De zorgaanbieder kan ook de (in)formele zorgverlener zijn.

Zorgverlener

Met een zorgverlener bedoelen wij de persoon die de zorg daadwerkelijk bij u uitvoert.

Artikel 1 Inleiding

Waarom een reglement?

In de polisvoorwaarden van uw zorgverzekering staat waarop u recht heeft, maar niet tot in detail. Voor verpleging en verzorging is het onder bepaalde voorwaarden mogelijk om voor deze zorg een persoonsgebonden budget wijkverpleging (Zvw-pgb) aan te vragen waarmee u zelf uw zorg kunt inkopen. In dit reglement vindt u meer informatie over het Zvw-pgb, de voorwaarden om hiervoor in aanmerking te komen, hoe u dit kunt aanvragen en informatie over de wijze van declareren en toetsing. Dit reglement maakt onderdeel uit van uw polisvoorwaarden.

1.1 Waar is dit reglement op gebaseerd?

Het reglement Zvw-pgb is van toepassing als u een zorgverzekering bij Zorg en Zekerheid heeft. U heeft recht op verpleging en verzorging zoals deze is opgenomen in de polisvoorwaarden van uw zorgverzekering. Artikel 13a van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is de basis voor het toekennen van een Zvw-pgb. Als wijzigingen in artikel 13a Zvw en de daarmee samenhangende lagere regelgeving per 1 januari 2024 of latere datum in werking treden, dan kunnen wij in dit reglement wijzigingen aanbrengen die hier een direct gevolg van zijn. Ook kan dit reglement tussentijds aangepast worden, als gevolg van wijzigingen in wet- en regelgeving, overheidsmaatregelen, of andere zaken, nader te bepalen. Wij informeren u hier dan over.

1.2 Bestuurlijke afspraken Zvw-pgb

De voorwaarden en afspraken die wij opgenomen hebben in het reglement zijn mede ontleend aan de meest recente bestuurlijke afspraken over uitgangspunten en inhoud van het Zvw-pgb die zijn overeengekomen door het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland, V&VN en Per Saldo.

Artikel 2: Doelgroep Zvw-pgb

1. U komt in aanmerking voor het Zvw-pgb als u behoefte heeft aan verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop én deze zorg niet gepaard gaat met verblijf en geen kraamzorg betreft.

Onder zorg benoemd in artikel 2.1 vallen niet de verzorgende handelingen bij minderjarigen die gericht zijn op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL).

2. Daarnaast dient u:
 - a. Langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op deze verpleging en/of verzorging aangewezen te zijn, óf
 - b. Op palliatieve terminale zorg (PTZ) aangewezen te zijn. Dit betekent dat door uw behandelend arts is vastgesteld dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden.

Artikel 3: Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb

U voldoet aan alle van de onderstaande voorwaarden. Mocht u naar het oordeel van Zorg en Zekerheid niet in staat zijn om aan alle onderstaande voorwaarden te voldoen, dan zal Zorg en Zekerheid u geen toegang tot het Zvw-pgb verlenen, dan wel aanvullende eisen stellen waaraan dient te worden voldaan om alsnog of wederom in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb:

1. U bent in het bezit van een indicatie voor verpleging en verzorging, zoals benoemd in artikel 2.1. van dit reglement. Op het moment dat de aanvraag is ontvangen bij Zorg en Zekerheid, mag de indicatie niet langer dan drie maanden geleden gesteld zijn.
2. U bent naar het oordeel van Zorg en Zekerheid in staat met het Zvw-pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit. Zorg en Zekerheid neemt hierin ook mee of een tweede zorgverlener nodig is.
3. U bent naar het oordeel van Zorg en Zekerheid in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger, de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren. De volgende aspecten wegen wij mee in onze beoordeling:
 - a. U of uw (wettelijk) vertegenwoordiger is de Nederlandse taal zowel schriftelijk als mondeling machtig;'
 - b. U bent in staat om de benodigde informatie voor de verschillende procedures volledig en zorgvuldig aan te kunnen leveren;
 - c. U voldoet aan de 10 PGB vaardigheden zoals beschreven op **www.zorgenzekerheid.nl/zorg-regelen/pgb/pgb-aanvragen**;
 - d. U heeft zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget in de AWBZ, Zvw, Wlz, Wmo of Jeugdwet niet gehouden aan de daarbij horende verplichtingen;
 - e. U was binnen een periode van vijf jaar voorafgaand aan het indienen van de Zvw-pgb-aanvraag betrokken bij opzettelijke misleiding in het kader van een door of namens u afgesloten zorgverzekering;
 - f. Er loopt een onderzoek naar mogelijke onrechtmatigheden in een eerder aan u toegekend Zvw-pgb of een pgb op grond van de Wmo, Jeugdwet, Wlz en/of AWBZ;

- g. U heeft of had het afgelopen jaar een betalingsachterstand in de premie van minimaal vier maanden;
 - h. U valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wsnp), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling is bij de rechtbank ingediend;
 - i. U heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of bent failliet verklaard.
4. U bent naar het oordeel van Zorg en Zekerheid in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger, de door u verkozen zorgverleners op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg.
 5. U bent naar het oordeel van Zorg en Zekerheid in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg met een Zvw-pgb geleverd wil en kan krijgen

Artikel 4: Weigeringsgronden

U ontvangt geen Zvw-pgb als zich één van de volgende weigeringsgronden voordoet:

1. U voldoet niet aan de voorwaarden opgenomen in artikel 2, 3 en/of 8.
2. U bent bij de eerdere verstrekking van een Zvw-pgb niet in staat gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen.
3. U beschikt volgens de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres.
4. Uw vrijheid is u rechtens ontnomen.
5. U verleent geen medewerking (meer) aan een "Bewuste-keuze gesprek" en/of huisbezoek dat eventueel door Zorg en Zekerheid wordt georganiseerd.
6. Uit uw aanvraagformulier of het Bewuste-keuze gesprek en/of huisbezoek blijkt dat u met uw Zvw-pgb uitsluitend zorg of andere diensten wilt inkopen bij zorgverleners waarmee Zorg en Zekerheid een overeenkomst heeft gesloten tot het leveren van zorg of andere diensten.
7. Uw (wettelijke) vertegenwoordiger (als u zijn of haar hulp nodig heeft voor het voldoen aan de in artikel 3 genoemde toegangsvoorwaarden):
 - a. heeft bij eerdere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij als hulppersoon of (wettelijke) vertegenwoordiger optrad niet ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
 - b. beschikt volgens de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres;
 - c. is zijn/haar vrijheid rechtens ontnomen;
 - d. valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wsnp), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling is bij de rechtbank ingediend;
 - e. heeft surséance van betaling aangevraagd, of verkeert in staat van faillissement of is failliet verklaard;
 - f. biedt anderszins onvoldoende waarborg voor het nakomen van de voor u aan het persoonsgebonden budget verbonden verplichtingen.
 - g. De vertegenwoordiger tegen betaling ondersteuning biedt bij het beheer van de Zvw-pgb.
8. U beschikt over meer dan één indicatie voor de zorg zoals beschreven in artikel 2.1. Uw gehele zorgvraag met betrekking tot de zorg omschreven zoals in artikel 2.1. dient in één indicatie te zijn verwoord.
9. Er wordt geen Zvw-pgb verstrekt voor zorg die al vergoed wordt vanuit andere zorgsoorten, bijvoorbeeld medisch specialistische zorg (vanuit een DBC). Om dubbele bekostiging en daarmee onrechtmatige vergoeding van zorg uit te sluiten.

Artikel 5: Aanvraag Zvw-pgb

1. Uw aanvraag voor een Zvw-pgb wordt beoordeeld aan de hand van de volledig ingevulde Zvw-pgb-aanvraagformulieren inclusief benodigde bijlagen (deel I: het verpleegkundige deel en deel II: het verzekeren deel). Een Bewuste-keuze gesprek maakt onderdeel uit van de aanvraagprocedure. Als hieruit blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 2 en artikel 3, krijgt u een akkoordverklaring voor een Zvw-pgb. U vindt het Zvw-pgb-aanvraagformulier op **www.zorgenzekerheid.nl/brochures**. U kunt het Zvw-pgb-aanvraagformulier ook telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen.

Een onvolledig of incorrect ingevuld aanvraagformulier inclusief benodigde bijlagen wordt niet in behandeling genomen.

2.
 - a. Voor een aanvraag voor volwassenen vanaf 18 jaar, bent u in het bezit van een door een minimaal BIG-geregistreerde hbo-verpleegkundige gestelde indicatie, die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving (het normenkader van V&VN) en in uw aanwezigheid heeft opgesteld;
 - b. Voor kinderen onder de 18 jaar bent u in het bezit van een indicatie gesteld door een minimaal BIG-geregistreerde hbo-kinderverpleegkundige en/of een verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkundige. De indicatiesteller dient werkzaam te zijn bij een zorgverlener die is aangesloten

bij de BINKZ (Branchevereniging Integrale Kindzorg). De indicatie dient conform het normenkader van V&VN en de Handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK) te worden opgesteld in de thuissituatie in aanwezigheid van uzelf (het kind) en de wettelijk vertegenwoordiger (ouder(s), curator, bewindvoerder, mentor).

3. Bij de indicatiestelling dient de indicatiesteller de Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg te hanteren bij het bepalen of er noodzaak is tot gebruik van een tolk.
4. Indien er sprake is van voorbehouden of risicovolle handelingen moet u kunnen aantonen dat deze in opdracht van een arts worden uitgevoerd.
 - a. Bij risicovolle handelingen moet de aard, omvang en inhoud van de zorg uitgewerkt zijn in het zorgplan
 - b. Als het om voorbehouden handelingen door formele zorgverlener gaat moet uw zorgverlener bevoegd en bekwaam zijn om deze handelingen uit te voeren. U moet, als we daarom vragen, een uitvoeringsverzoek kunnen laten zien van een arts voor die handelingen en kunnen aantonen dat er wordt gewerkt overeenkomstig de 'handleiding voorbehouden handelingen in de (wijk) verpleging & verzorging' (Actiz, 2019).
 - c. Als het om een voorbehouden handeling door informele zorgverlener gaat moet u, als we daarom vragen, kunnen aantonen dat de arts de zorgverlener voldoende bewust en bekwaam acht om de handeling verantwoord uit te voeren.
5. Indien u op palliatieve terminale zorg (PTZ) bent aangewezen, dient u een verklaring van uw behandelend arts toe te voegen waaruit blijkt dat uw ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden. Indien een PTZ aanvraag verlengd moet worden, dient u zo spoedig mogelijk een nieuwe verklaring van uw behandelend arts in te sturen waaruit blijkt dat uw ingeschatte levensverwachting minder dan drie maanden is;
6. De indicatie moet onafhankelijk gesteld worden. De indicatie mag daarom in ieder geval niet gesteld worden door een wijkverpleegkundige die:
 - a. uw (wettelijke) vertegenwoordiger en/of uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede lijn is, en/of
 - b. zelf zorg aan u gaat leveren, en/of
 - c. in dienst is bij, of een samenwerkingsverband heeft met een zorgverlener die de zorg deels aan u gaat leveren, tenzij het gaat om een zorgverlener die wij voor zorg in natura gecontracteerd hebben.
7. Bij de indicatiestelling moet de wijkverpleegkundige volgens het 'Normenkader voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in eigen omgeving' van V&VN de afweging maken wat u en uw netwerk zelf kan oplossen. Dit betekent dat de wijkverpleegkundige onder andere het netwerk van u in kaart brengt en vervolgens afweegt welke zorg op grond van belasting en belastbaarheid wel of niet door het netwerk kan worden verleend. De zorg die door het netwerk wordt verleend mag in de indicatie voor wijkverpleging niet meegenomen worden. Hiervoor krijgt u dan ook geen pgb. De afweging die de wijkverpleegkundige daarbij maakt, moet in de indicatie staan. Bij de indicatiestelling maakt de wijkverpleegkundige de afweging, gegeven de hele context van de zorgvrager, hoe de hulpvraag opgelost of hoe de interventie uitgevoerd kan worden. De wijkverpleegkundige heeft hierbij als uitgangspunt dat de zorgvrager indien mogelijk de interventie zelf uitvoert en neemt daarbij de voorliggende voorzieningen mee. Is dit niet mogelijk of onvoldoende? Dan kijkt zij volgens de 'Handreiking Normenkader voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in eigen omgeving' van V&VN naar:
 - behandeling door andere zorgprofessionals (revalidatie, fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, medisch specialist, etc.),
 - inzet van zorgtechnologie, hulpmiddelen of woningaanpassingen waardoor de interventie zelf uitgevoerd kan worden of niet meer nodig is,
 - mogelijkheden vanuit andere domeinen (Wmo, Wlz, e.d.),
 - diens netwerk en inzet van vrijwilligers, voordat een zorgprofessional (vanuit wijkverpleging of eventueel een zorgprofessional vanuit een andere discipline) wordt ingezet.
8. Het kan voorkomen dat er zorg is geïndiceerd die naar ons oordeel niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt, niet doelmatig is of dat de indicatiestelling niet voldoet aan het kader 'normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving (het normenkader)' van V&VN. In dat geval nemen wij contact op met de indicierend wijkverpleegkundige en vragen wij om een nadere uitleg en onderbouwing. Als na dat contact naar ons oordeel de zorg niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt, of niet doelmatig is, of de indicatie is niet gesteld volgens het normenkader, dan kennen wij voor die zorg geen Zwv-rgb toe. De toekenning kan hierdoor lager zijn dan het aantal uren van de indicatie. In dat geval motiveren wij waarom wij afwijken van de indicatie. Eventueel kunnen wij in deze situatie vragen om een herbeoordeling van de indicatie. Op basis van de herbeoordeling van de wijkverpleegkundige zullen wij de ingediende aanvraag afhandelen. Indien u ervoor kiest geen herbeoordeling te laten uitvoeren, kunnen wij uw aanvraag niet verder in behandeling nemen. waardoor wij genooddaakt zijn de aanvraag af te wijzen.
9. Indien u op uw aanvraagformulier te kennen geeft dat u gebruik zult maken van slechts één zorgverlener, dient u tevens aan te geven hoe en met welke zorgverlener(s) uw in uw zorgbehoefte gaat voorzien in geval (plotselinge) uitval van de door u gecontracteerde zorgverlener door ziekte, vakantie of anderszins.
10. Als u verbleef in een instelling omdat dit medisch noodzakelijk was in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zvw dan wel in een voorziening voor eerstelijnsverblijf (elv), kunt u weer gebruik maken van uw geldende indicatie, zodra u weer thuis bent. U hoeft in dat geval niet opnieuw een volledige aanvraag in te dienen tenzij de aard, omvang of duur van uw zorgvraag is gewijzigd. Een nieuwe aanvraag is nodig als u

langer dan 60 dagen opgenomen in een Wlz-instelling of ziekenhuis verblijft of langer dan 60 dagen gebruik maakt van Kortdurend Verblijf in een instelling zoals bedoeld in artikel 27 van de polisvoorwaardenvoorwaarden.

11. In deel II van het aanvraagformulier (verzekerden deel) geeft u op basis van de geïndiceerde uren verpleging en verzorging aan van welke zorgaanbieder(s) u gebruik wilt gaan maken. Ook geeft u in dit deel aan bij welke zorgaanbieder(s) u zorg in natura wenst af te nemen en welke zorgaanbieder(s) u zelf op basis van de Zvw-pgb wenst te contracteren. De verpleegkundige moet hiervoor één indicatie opstellen waarin zowel de zorg in natura als zorg vanuit het Zvw-pgb zijn opgenomen. De door ons gecontracteerde zorgaanbieders leveren alleen Zorg in Natura en geen zorg vanuit een Zvw-pgb. Ook moet u de verpleegkundige die de indicatie stelt, de instelling die de zorg in natura levert en degene die de Zvw-pgb zorg levert hierover informeren. Indien u van ons geen akkoord heeft voor de vergoeding van zorg in natura in combinatie met Zvw-pgb, heeft dit gevolgen voor de vergoeding.

Artikel 6: Toekenningsverklaring

1. De ingangsdatum van het Zvw-pgb is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben ontvangen. Op uw verzoek kunnen wij het Zvw-pgb ook op een latere datum in laten gaan.
2. Als de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring is verstreken, kunt u uw Zvw-pgb alleen behouden door opnieuw een Zvw-pgb aan te vragen. Uw nieuwe Zvw-pgb gaat op zijn vroegst pas in op de datum waarop wij het volledig ingevulde aanvraagformulier van u hebben ontvangen. Vraag daarom vóór het verstrijken van de geldigheidsduur van uw huidige toekenningsverklaring aan uw wijkverpleegkundige om het nieuwe aanvraagformulier met u in te vullen. Wij willen de volledig ingevulde en ondertekende aanvraagformulieren, inclusief benodigde bijlagen, tijdig voor het einde van uw huidige toekenningsverklaring ontvangen hebben.
3. Als er is sprake van een tussentijdse herindicatie, dan kunt u uw Zvw-pgb alleen behouden door opnieuw een Zvw-pgb aan te vragen. Uw nieuwe Zvw-pgb gaat op zijn vroegst in op de datum waarop wij het volledig ingevulde aanvraagformulier van u hebben ontvangen.
4. In de schriftelijke toekenningsverklaring die wij u toesturen, leggen wij de looptijd van uw Zvw-pgb vast.
 - a. De looptijd van uw Zvw-pgb is maximaal 2 jaar vanaf het moment dat het Zvw-pgb aan u is toegekend en zolang u een geldige indicatie heeft. Als u na het einde van deze periode nog steeds een Zvw-pgb wilt ontvangen, dan kunt u een nieuwe indicatie aanvragen bij uw wijkverpleegkundige en vervolgens een nieuwe pgb-aanvraag bij ons indienen, conform artikel 5.
 - b. Indien er eerder door ons een Zvw-pgb is toegekend, dan is het in sommige maatwerksituaties mogelijk om een Zvw-pgb met een looptijd van maximaal 5 jaar toe te kennen, overeenkomstig de [Handreiking verlengde toekenning Zvw-pgb](#).
5. Voor de vaststelling van de hoogte van uw Zvw-pgb gaan wij uit van aangevraagde uren Zvw-pgb die passen binnen de uren verpleging en verzorging die de verpleegkundige heeft geïndiceerd.
6. Het budget wordt per kalenderjaar berekend en eindigt uiterlijk op 31 december van het kalenderjaar waarvoor het Zvw-pgb is vastgesteld.
7. Als uw zorgverzekering of uw Zvw-pgb voor het einde van het kalenderjaar eindigt, dan wordt uw Zvw-pgb naar rato verlaagd. Uw Zvw-pgb zal na verlaging bedragen: (het oorspronkelijke pgb) maal (het aantal dagen dat uw pgb en verzekering gedurende het kalenderjaar van beëindiging van kracht is geweest) gedeeld door (365). Indien u meer zorg gedeclareerd hebt dan uw naar rato verlaagde pgb, dient u het teveel terug te betalen. Bij een tussentijdse herindicatie wordt uw Zvw-pgb naar rato verlaagd en/of verhoogd. Uw Zvw-pgb zal na verlaging bedragen: (het oorspronkelijke pgb) maal (het aantal dagen dat uw pgb en verzekering gedurende het kalenderjaar van beëindiging van kracht is geweest) gedeeld door (365). Indien u meer zorg gedeclareerd hebt dan uw naar rato verlaagde pgb, dient u het teveel terug te betalen.
8. De toekenning of beëindiging of intrekking van de toekenningsverklaring van het Zvw-pgb wordt schriftelijk aan u kenbaar gemaakt.
9. Indien u een aanvraag voor Zvw-pgb indient voor zorg waarvoor u al zorg in natura ontvangt, of u al recht heeft op vergoeding van de kosten van de aangevraagde zorg, dan moet u deze zorg zelf beëindigen. Dit moet gebeuren voordat het Zvw-pgb, zoals opgenomen in de toekenningsverklaring, ingaat. Dit geldt niet als u op uw aanvraagformulier heeft aangegeven dat u uw zorg bij deze zorgverlener(s) blijft afnemen.

Artikel 7: Declareren van zorg

7.1 Voorwaarden voor declareren

1. U kunt uw nota's declareren vanaf de ingangsdatum Zvw-pgb die in uw toekenningsverklaring staat vermeld.
2. Voor een goede en snelle afhandeling van uw declaraties verzoeken wij u om ons standaard declaratieformulier te gebruiken. U kunt deze vinden op onze website op www.zorgenzekerheid.nl/brochures (declaratieformulier Pgb Zvw). U kunt het declaratieformulier ook telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen.

3. De nota's die u ontvangt van de zorgverleners, waar u op basis van uw Zvw-pgb een overeenkomst mee heeft gesloten, controleert u en dient u bij ons in. Alleen geleverde zorg die ook in lijn is met de door ons afgegeven toekenningsverklaring mag gedeclareerd worden.
4. Geleverde zorg kunt u alleen achteraf declareren. Door inzending van de nota's geeft u aan akkoord te gaan met de juistheid van deze nota's en de geleverde uren zorg.
5. Het declareren van vast maandloon is niet toegestaan. Alleen de daadwerkelijk geleverde zorg in uren en minuten, afgerond op 5 minuten mag worden gedeclareerd.
6. Wij verzoeken u de nota's uiterlijk binnen drie maanden nadat de zorg geleverd is bij ons in te dienen voor declaratie. Dit is nodig om een actueel beeld te kunnen houden over het verbruik van uw Zvw-pgb.
7. Indicatiestelling en evaluatie van de behoefte aan zorg zoals in art. 2.1. beschreven, casemanagement en verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg worden niet vergoed uit het Zvw-pgb. Deze zorg zal afhankelijk van uw polis als zorg in natura worden verstrekt of in restitutie worden vergoed vanuit de reguliere wijkverpleging.

7.2 Hoogte en omvang declaratie

1. Voor formele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:
 - a. Persoonlijke verzorging : € 41,96 per uur
 - b. Verpleging : € 58,44 per uur
2. Voor het formele tarief komen in aanmerking:
Zorgverleners die beschikken over:
 - a. een AGB-code uit een van de categorieën:
 - 41 ZZP'ers in de wijkverpleging / Zvw-pgb aanbieders / beheerstichtingen
 - 42 verzorgingshuizen
 - 75 thuiszorginstellingen
 - 91 verpleegkundigen
 - 98 declaranten/servicebureaus/zorgverzekeraars; en
 - b. die zelfstandig of namens de onder a. bedoelde instelling werkzaam is als wijkverpleegkundig specialist, wijkverpleegkundige, verpleegkundige met diploma MBO-verpleegkunde of een verzorgende 3IG of verzorgende niveau 3 is en aantoonbaar voldoen aan de kwaliteitseisen op het gebied van werkervaring en deskundigheid. Wij kunnen bij u het diploma van uw formele zorgverlener opvragen, op basis waarvan wij kunnen controleren of uw zorgverlener bevoegd is tot het verlenen van verpleging en verzorging op basis van het formele tarief.

Een bloed- of aanverwante in de 1e of 2e graad of uw echtgenoot, geregistreerde partner of levensgezel komen nooit in aanmerking voor het formele tarief.

U kunt maximaal de in artikel 7.2.1 genoemde tarieven declareren voor formele zorgverleners. Hiervoor is het noodzakelijk dat u bij uw aanvraag voor het Zvw-pgb en bij elke declaratie de AGB-code van uw zorgverlener vermeldt.

3. Voor informele zorgverleners kunt u maximaal € 23,52 per uur declareren voor persoonlijke verzorging en verpleging
4. Onder informele zorgverleners vallen in ieder geval zorgverleners die:
 - a. ouders, verzorgers, partner (zoals: echtgenoot, geregistreerd partner of andere levensgezel), bloed- of aanverwanten in de 1e of 2e graad zijn (deze personen kunnen in geen enkel geval aangemerkt worden als formele zorgverlener voor de betreffende budgethouder) en/of;
 - b. zorg hulp of helpende tot opleidingsniveau 3 zijn en/of;
 - c. niet zijn ingeschreven als verpleegkundige in het register, bedoeld in art. 3 van de wet BIG, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg en/of;
 - d. geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de SBI codes 86, 87 of 88 staan geregistreerd als een zorg verlenende organisatie in het Handelsregister. deze komen nooit in aanmerking voor het formele tarief.
5. Zowel het formele als het informele tarief zijn "all-in-tarieven". Dit houdt in dat u naast dit tarief geen andere kosten kunt declareren, zoals werkgeverslasten, reiskosten, vakantiegeld, vakantiedagen en hulpmiddelen.
6. U kunt ook gebruik maken van een Zvw-pgb indien de kosten voor de betreffende zorg hoger zijn dan de vergoeding van het Zvw-pgb, mits u het verschil zelf betaald.

7.3 Overige bepalingen t.b.v. declareren

1. U bent zelf verantwoordelijk voor het tijdig betalen van de door u gecontracteerde zorgverleners. Voor zover u niet tijdig aan uw contractuele betalingsverplichting voldoet kunnen eventuele bijkomende kosten (bijvoorbeeld incassokosten en wettelijke rente) niet vanuit het Zvw-pgb worden betaald.
2. Wij zijn gerechtigd om controles uit te voeren om vast te stellen dat de zorg die gedeclareerd is ook daadwerkelijk geleverd is door de zorgverleners die u hebt gecontracteerd en of die in lijn is met de door ons afgegeven toekenningsverklaring. Daarnaast kunnen wij de doelmatigheid en rechtmatigheid van de geleverde zorg beoordelen. Indien van toepassing, kunnen wij u adviseren hoe deze zorg doelmatiger ingezet kan worden.

3. Het eventueel niet gedeclareerde deel van uw budget wordt na afloop van de toekenningsperiode niet meegenomen naar een volgende periode.
4. Wij vergoeden geen nota's meer uit uw budget als de maximale hoogte van het toegekende jaarbudget of maximaal aantal toegekende uren uit uw Zvw-pgb is bereikt, of naar rato als het Zvw-pgb voortijdig wordt beëindigd. Eventueel te veel uitbetaalde declaraties worden door ons rechtstreeks bij u teruggevorderd;
5. Naast de genoemde voorwaarden in dit artikel zijn de algemene polisvoorwaarden van uw zorgverzekering van toepassing op het indienen van nota's en de betaling van zorg. Wij vergoeden alleen nota's die voldoen aan de polisvoorwaarden in dit reglement.
6. Indien u andere (buitenlandse) zorgverlener(s) wil inhuren dan waar wij toestemming voor hebben gegeven, dan dient u dit schriftelijk vooraf bij ons te melden. Pas na onze schriftelijke toestemming, mag u de nota's van deze (buitenlandse) zorgverlener(s) declareren.
7.
 - a. De kosten van vervoer van en naar een verpleegkundig kinderdagverblijf, indien medisch noodzakelijk in het kader van Intensieve Kindzorg, kunt u niet vanuit het Zvw-pgb declareren;
 - b. Wanneer u tijdelijk in het ziekenhuis, een GGZ-instelling of een instelling voor Eerstelijns Verblijf (ELV), revalidatie of geriatrische revalidatie (GRZ) verblijft, dan kunt u in deze periode geen zorg inkopen en declareren met uw Zvw-pgb;
 - c. De kosten van de indicatiestelling vallen buiten het Zvw-pgb
 - d. Wij betalen de nota's alleen uit aan het bij ons bekende rekeningnummer van u (verzekeringsnemer). Wij betalen dus niet rechtstreeks uit aan de zorgaanbieder e.a. uitzondering hierop is de situatie waarin u de salarisadministratie van uw Zvw-pgb heeft uitbesteed aan de Sociale Verzekeringsbank (SVB).

Artikel 8: Verplichtingen

1. U bent verplicht om de afspraken die u maakt met uw zorgverleners schriftelijk vast te leggen in zorgovereenkomsten. In de zorgovereenkomst moet u in ieder geval opnemen:
 - a. NAW gegevens verzekerde;
 - b. NAW gegeven zorgverlener;
 - c. relatie tussen verzekerde en zorgverlener;
 - d. looptijd van de overeenkomst;
 - e. welke zorg zal worden geleverd;
 - f. het aantal uren dat zorg zal worden geleverd en op welke momenten;
 - g. welk tarief u daarvoor zult betalen;
 - h. AGB-code indien het een formele zorgverlener betreft;
 - i. ondertekening door verzekerde of (wettelijke) vertegenwoordiger en zorgverlener.
 Een voorbeeld van een zorgovereenkomst kunt u vinden op www.zorgzekerheid.nl/brochures en op www.svb.nl.
2. U dient er als verzekerde op toe te zien dat partner, bloed- en aanverwanten in de 1e of 2e graad waarmee u een overeenkomst aangaat en op wie het Arbeidstijdenbesluit niet van toepassing is, niet meer dan veertig uur in één week aan werkzaamheden verrichten. Op het moment dat de bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad een dienstbetrekking heeft, waarbij het Arbeidstijdenbesluit van toepassing is, dan mag de werkweek inclusief de uren die uit het Zvw-pgb bekostigd worden niet meer dan 40 uur bedragen. Ook mag de zorgverlener niet jonger zijn dan 18 jaar.
3. U bent verplicht om mee te werken aan de evaluatie van uw zorgbehoefte als de wijkverpleegkundige, die uw zorgbehoefte heeft vastgesteld, daarom verzoekt. Als uit de evaluatie blijkt dat uw zorgbehoefte is toegenomen of afgenomen, bent u verplicht om vervolgens samen met de wijkverpleegkundige opnieuw een Zvw-pgb-aanvraagformulier in te vullen en in te dienen.
4. U bent verplicht om mee te werken aan een multidisciplinair overleg (MDO) georganiseerd door de wijkverpleegkundige.
5. Bij een indicatiestelling die via een Zvw-pgb toegekend wordt, is het verpleegkundig proces leidend.
6. U bent als verzekerde verantwoordelijk voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg die u inkoopt. Zorg en Zekerheid is niet aansprakelijk voor fouten gemaakt door de door u gecontracteerde zorgverleners.
7.
 - a. Als de aard, omvang of duur van uw zorgvraag wijzigt is een nieuwe indicatiestelling door de verpleegkundige noodzakelijk. Dit kan zowel gaan om een verslechtering als een verbetering van uw gezondheidssituatie. U moet dan per direct een nieuwe indicatie aanvragen en een nieuwe Zvw-pgb aanvraag indienen.
 - b. De verpleegkundige die uw indicatie heeft gesteld, kan ook minstens 1 keer per jaar op eigen initiatief toetsen of de indicatie nog aansluit bij uw zorgbehoefte en dus nog correct is. Als er op basis van die toetsing een nieuwe indicatie volgt, moet u een nieuwe Zvw-pgb aanvraag indienen. Monitoring en evaluatie zijn onderdeel van het proces van indicatiestelling, wijzigingen in de zorgbehoefte (indicatiestelling) kunnen leiden tot wijzigingen in de hoogte van het Zvw-pgb.

- c. Bij een inventarisatie waaruit blijkt dat de zorgvraag meer dan 24 uur per week omvat, kan er voorafgaande aan het afgeven van de indicatie een multidisciplinair overleg (MDO) georganiseerd worden door de wijkverpleegkundige, zodat de zorg wordt afgestemd met de verschillende professionals.
 - d. De wijkverpleegkundige is niet meer aan zet als zij besluit dat haar expertise niet meer nodig is gezien de medische situatie van de verzekerde of als zij van mening is dat er met haar interventies geen verpleegdoel meer bij de verzekerde te behalen valt. Als de inzet van de verpleegkundige expertise niet meer nodig is, kan de (eventuele) overgebleven zorgbehoefte worden overgedragen aan het netwerk, of aan een ander domein. De geldende indicatie komt hiermee te vervallen.
 - e. Als er wijzigingen zijn in de combinatie en verhouding zorg in natura en pgb moet u een nieuwe Zvw-pgb aanvraag indienen. Op basis van deze nieuwe aanvraag vindt dan, indien dat aan de orde is, een verrekening plaats. Het oude Zvw-pgb wordt (her)berekend op de wijze zoals beschreven in artikel 6.7 van het Reglement Zvw-pgb met ingang van de datum van de nieuwe aanvraag.
 - f. Als u van zorgverlener verandert moet u dat doorgeven via ons wijzigingsformulier, dat u kunt vinden op **www.zorgenzekerheid.nl/brochures**.
8. U bent er zelf verantwoordelijk voor dat de besteding van uw budget en/of uren in lijn is met de door ons afgegeven toekenningsverklaring.
 9. U bent verplicht om een (bij voorkeur digitaal) dossier te beheren en na het beëindigen van het Zvw-pgb voor minimaal vijf jaar te archiveren. Dit dossier bevat tenminste:
 - a. een beschikking van de rechtbank als u een wettelijk vertegenwoordiger heeft tenzij u dit van rechtswege bent;
 - b. de volledige Zvw-pgb-aanvraagformulieren-set inclusief bijlagen en zorgovereenkomsten;
 - c. facturen en urenregistraties met naam van de zorgverlener(s) waarop uurloon, eenheden, de soort zorg en een toelichting op de ontvangen zorg staat;
 - d. betalingsbewijzen (bewijzen van contante betalingen worden niet geaccepteerd) of loonstaten van de Sociale Verzekeringsbank (SVB);
 - e. kopieën van nota's van zorgverleners en kopieën van ingediende declaraties;
 - f. uw zorgplan en de administratie over de doelstellingen en evaluatieverslagen.
 - g. De toekenningsverklaring van het Zvw-pgb door Zorg en Zekerheid
 10. U bent voorts verplicht om gegevens uit dit dossier zo spoedig mogelijk aan ons te overhandigen wanneer wij daarom vragen. Ook als de Sociale Verzekeringsbank (SVB) aan uw zorgverleners betaalt, moet u zelf dit dossier beheren.
 11. Op het moment dat het nodig is voor een juiste beoordeling mogen wij volgens de privacy regelgeving ((U)AVG/Regeling Zorgverzekeringswet/Regeling Zorgverzekering) contact opnemen met de verpleegkundige, die samen met u de aanvraag heeft ingevuld, om uw (medische) gegevens omtrent de Zvw-pgb-aanvraag en indicatiestelling voor verpleging en verzorging te ontvangen. Dit vindt plaats onder verantwoordelijkheid van onze medisch adviseur. Indien wij voor een juiste beoordeling nadere (medische) informatie nodig hebben van uw huisarts of medisch specialist, kan onze medische adviseur contact opnemen met uw huisarts of specialist, als u daarvoor uitdrukkelijke toestemming heeft gegeven.
 12. U bent verplicht om mee te werken aan een Bewuste-keuze gesprek (BKG) of een huisbezoek (aangekondigd/onaangekondigd), als wij dat nodig vinden, bijvoorbeeld voor controledoelinden. U en uw eventuele (wettelijke) vertegenwoordiger moeten op ons verzoek hierbij aanwezig zijn.
 13. Wij kunnen een huisbezoek uitbesteden aan een derde partij. Deze derde partij selecteren wij zorgvuldig. Zij zijn namelijk namens ons gerechtigd uw persoonlijke en medische gegevens op te vragen, in te zien en te controleren. Dit doen zij heel zorgvuldig conform het door ons opgestelde privacy statement, welke u kan vinden op onze website.
 14. Stapt u over naar een andere zorgverzekeraar en is uw toekenningsverklaring nog geldig? Dan neemt de nieuwe zorgverzekeraar de (maximaal tot de vermelde einddatum van de indicatie) geldige toekenningsverklaring over (meldt u zich hiervoor bij uw nieuwe zorgverzekeraar), voor wat betreft het vermelde aantal uren voor verpleging en verzorging. De hoogte van de vergoeding voor deze uren kan afwijken omdat iedere zorgverzekeraar haar eigen tarieven hanteert. Wij adviseren u om deze toekenningsverklaring te bewaren zolang hij geldig is en een kopie op te sturen naar de nieuwe zorgverzekeraar.
 15. Als u alleen zorg inkoopt bij informele zorgverleners en het aantal uren verpleging en verzorging per week is hoger dan 24 uur (met name bij complexe zorgvragen) dan kan Zorg en Zekerheid, vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg, de voorwaarde stellen dat een deel van de geleverde zorg moet worden geleverd door een formele zorgverlener.
Deze voorwaarde wordt besproken tijdens het Bewuste-keuze gesprek, waarbij maatwerk steeds het uitgangspunt is. In uitzonderingssituaties is het ook mogelijk dat Zorg en Zekerheid bij minder dan 24 uur verpleging en verzorging per week de voorwaarde stelt dat een deel van de zorg wordt geleverd door een formele zorgverlener en/of dat de zorg tussentijds geëvalueerd wordt. Bij een zorgvraag van minder dan 24 uur verpleging en verzorging per week is er afstemming tussen Zorg en Zekerheid, de verpleegkundige en de budgethouder om gemotiveerd van deze grens af te wijken.

Artikel 9: Herziening of intrekking

Uw Zvw-pgb kan worden herzien of ingetrokken met terugwerkende kracht vanaf de datum van toestemming als:

- a. U niet langer voldoet aan de toekenningsvoorwaarden;
- b. U voldoet aan een van de weigeringsgronden;
- c. U niet voldoet aan de in dit reglement gestelde verplichtingen;
- d. U recht heeft op zorg vanuit de Wet langdurige zorg;
- e. U om beëindiging van het Zvw-pgb verzoekt;
- f. U langer dan twee maanden verblijft in een instelling i.v.m. zorg die ten laste komt van de basisverzekering;
- g. Met ingang van de ingangsdatum van uw toekenningsverklaring, als de toekenningsverklaring is gebaseerd op door u verstrekte onjuiste of onvolledige gegevens en verstrekking van juiste of volledige gegevens tot een andere beslissing hadden geleid;
- h. U de informatie die wij bij u vragen niet dan wel niet tijdig ter beschikking stelt;
- i. U niet meewerkt aan een dossieronderzoek;
- j. Er bij het dossieronderzoek onregelmatigheden op basis van wet- en/of regelgeving naar voren komen;
- k. U het reglement niet naleeft;
- l. U gedurende de looptijd van het Zvw-pgb een nieuwe (wettelijk) vertegenwoordiger aanwijst, dan wel voor het eerst met een (wettelijk) vertegenwoordiger gaat werken en u met deze vertegenwoordiger, naar het oordeel van Zorg en Zekerheid, niet in staat wordt geacht de taken en verplichtingen die aan het Zvw-pgb verbonden zijn nog op verantwoorde wijze uit te voeren. U dient elke wijziging van (wettelijk) vertegenwoordiger terstond door te geven via het wijzigingsformulier Zvw-pgb, die u kunt vinden op www.zorgenzekerheid.nl/brochures.
- m. U Zorg in Natura afneemt bij zorgverlener(s) die u niet op uw aanvraagformulier hebt aangegeven.
- n. U formeel declareert wanneer het informele zorg betreft.

Artikel 10. Beëindigen van het Zvw-pgb

10.1 Uw recht op Zvw-pgb eindigt automatisch met ingang van de dag waarop:

- a. U niet langer behoort tot de in artikel 2 bedoelde specifieke doelgroep.
- b. De zorg waaraan u behoefte heeft, kan worden bekostigd op grond van een ander wettelijk voorschrift dan de Zorgverzekeringswet, zoals de Wet langdurige zorg of de Wet maatschappelijke ondersteuning.
- c. U failliet bent verklaard of de Wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnp) op u van toepassing is verklaard.
- d. U blijkens de Basisregistratie Personen niet meer beschikt over een woonadres.
- e. Rechtens uw vrijheid is ontnomen.
- f. U met uw Zvw-pgb uitsluitend nog zorg inkoopt bij zorgverleners waarmee Zorg en Zekerheid een overeenkomst heeft gesloten tot het leveren van zorg.
- g. U om beëindiging van het Zvw-pgb verzoekt.
- h. De geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring is verstreken.
- i. Uw zorgverzekering eindigt.

10.2 Zorg en Zekerheid kan uw recht op Zvw-pgb ook beëindigen:

- a. Met ingang van de dag waarop u niet langer in staat bent om op eigen kracht te voldoen aan de in artikel 3.1 genoemde toekenningsvoorwaarden en u ook geen hulp van een vertegenwoordiger heeft.
- b. Met ingang van de dag waarop uw vertegenwoordiger (als u zijn of haar hulp nodig heeft voor het voldoen aan de in artikel 3.1 genoemde toekenningsvoorwaarden):
 1. niet langer uw curator, bewindvoerder, mentor, voogd, partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is;
 2. bij andere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij als hulppersoon of vertegenwoordiger optrad niet heeft ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
 3. blijkens de Basisregistratie Personen niet meer beschikt over een woonadres,
 4. zijn/haar vrijheid rechtens is ontnomen;
 5. failliet is verklaard of op hem/haar de Wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnp) van toepassing is verklaard;
 6. anderszins niet langer voldoende waarborg biedt voor het nakomen van de voor u aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen;
 7. uw zorgverlener en niet ook uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is.
- c. Met ingang van de dag waarop u zich niet (meer) houdt aan de aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen.
- d. Met ingang van de dag waarop niet langer voldoende aannemelijk is dat met het Zvw-pgb wordt of zal worden voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit en/of doelmatige zorg. Zorg is in ieder geval niet van goede kwaliteit als u door de manier waarop die zorg wordt verleend, gezondheidsrisico's loopt. Onder doelmatige zorg wordt verstaan in hoeverre met het Zvw-pgb zal worden gewerkt aan de verbetering, het behoud of beperking van achteruitgang van uw gezondheid. Daarmee wordt getoetst of de wijze waarop u uw zorg wil inzetten, gezien uw zorgvraag, effectief is.

- e. Met ingang van de dag waarop niet langer voldoende aannemelijk is dat de continuïteit van de te ontvangen zorg voldoende gewaarborgd is in situaties waarin uw zorgverlener door ziekte, vakantie of anderszins niet in staat zal zijn de benodigde zorg te verlenen.
- f. Met ingang van de ingangsdatum van uw toekenningsverklaring, als de toekenningsverklaring is gebaseerd op door u verstrekte onjuiste of onvolledige gegevens en verstrekking van juiste of volledige gegevens tot een andere beslissing had geleid.
- g. Met ingang van de dag waarop alsnog een van de situaties zoals beschreven in artikel 4 van het Reglement Zvw-pgb aan de orde is.

Artikel 11. Terugvordering

Als u zich bij de besteding vanuit Zvw-pgb niet houdt aan de regels uit dit Reglement, dan kan Zorg en Zekerheid het aan u uitbetaalde Zvw-pgb geheel of gedeeltelijk terugvorderen.



Postbus 400
2300 AK Leiden



zorgenzekerheid.nl
071 - 582 58 25



K.v.K. 28050216
AFM nummer 12001019

Onderlinge Waarborgmaatschappij
Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a.

Welke kosten worden niet vergoed?

U heeft geen recht op:

- ondersteuning bij maatschappelijk functioneren (zoals doventolkzorg);
- complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doof-blinden en volwassen prelinguaal doven.

Heb ik een verwijzing nodig?

U heeft voor aanvang van de zorg een schriftelijke verwijzing nodig voor:

- Auditieve of communicatieve beperking: zintuiglijk gehandicaptenzorg aan verzekerden met een auditieve beperking of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis (TOS).
 - u moet zijn doorverwezen door een medisch specialist of een klinisch fysicus-audioloog van een audiologisch centrum. De verwijzing is gebaseerd op de richtlijnen van de Federatie van Nederlandse Audiologische Centra (FENAC);
 - bij eventuele nieuwe zorgvragen kan, als tussentijds geen wijziging in de stoornis is opgetreden, ook een huisarts of jeugdarts verwijzen.
- Visuele beperking: zintuiglijk gehandicaptenzorg aan verzekerden met een visuele beperking.
 - voor de verwijzing moet u zijn doorverwezen door een medisch specialist op basis van de richtlijn Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG);
 - bij eventuele nieuwe zorgvragen kan, als tussentijds geen wijziging in de stoornis is opgetreden, ook een huisarts of jeugdarts verwijzen.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 27 Verpleging en verzorging

27.1 Wijkverpleging

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op verpleging en verzorging (wijkverpleging) zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. De zorg houdt verband met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4 Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop. Wijkverpleging betreft zorg in de eigen omgeving, dus thuis, maar bijvoorbeeld ook op werk of dagbesteding. De zorg gaat niet gepaard met verblijf als bedoeld in artikel 2.12 Besluit zorgverzekeringen betreft geen kraamzorg als bedoeld in artikel 2.11 Besluit zorgverzekering.

Wat zijn de voorwaarden?

- een BIG-geregistreerde bachelor of master opgeleide verpleegkundige moet vooraf een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte op basis van 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' van beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN);
- voor verzekerden onder de 18 jaar moet een BIG-geregistreerde bachelor of master opgeleide kinderverpleegkundige vooraf een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte;
- indicaties gesteld door andere professionals zijn geen verzekerde zorg;
- de zorg wordt geleverd door een verpleegkundig specialist, verpleegkundige of verzorgende niveau 3. Zorg kan alleen geleverd worden door een helpende niveau 2 indien Zorg en Zekerheid en de betreffende zorgaanbieder contractueel aanvullende voorwaarden en kwaliteitseisen hebben afgesproken met betrekking tot de inzet van helpende niveau 2;
- u bent gehouden mee te werken aan een huisbezoek, een telefonisch of schriftelijk onderzoek om te controleren of declaraties kloppen;
- u kunt uw vordering op ons niet aan derden overdragen. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Dit is het geval als u naar een zorgaanbieder gaat waar Zorg en Zekerheid geen contract mee heeft. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Ook kunt u een derde geen toestemming geven om voor u een betaling in ontvangst te nemen of een nota bij ons in te dienen. U moet de nota zelf bij ons indienen;
- bij een restitutenota dient u de indicatiestelling (naam indicatiesteller en aantal geïndiceerde uren) en de naam van de zorgverlener toe te voegen. Diagnose-informatie hoeft niet zichtbaar te zijn.

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op:

- verzorging bij kinderen tot 18 jaar die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen. Wanneer een kind binnen de medische kindzorg valt of wanneer er sprake is van palliatief terminale zorg, dan valt de totale zorg thuis in de vorm van verpleging en verzorging wel onder de basisverzekering;
- verpleging en verzorging als u een Wlz-indicatie heeft. Als de verpleging plaatsvindt onder directe aansturing van de behandelend medisch specialist is dit niet zo. Dan valt de zorg onder de basisverzekering;

- wanneer er alleen verzorging nodig is en er is geen sprake van een geneeskundige context waar binnen deze verzorging gegeven wordt, valt dit onder de Wmo. Het gaat dan bijvoorbeeld om ondersteuning bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) wanneer u niet voldoende zelfredzaam bent. Bijvoorbeeld in verband met een psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke of zintuiglijke handicap.

Heb ik een verwijzing nodig?

Om in aanmerking te komen voor verpleging en verzorging heeft u geen verwijzing nodig.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

U heeft vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid:

- als u gebruik wenst te maken van een nieuw door ons gecontracteerde zorgaanbieder wijkverpleging. Het gaat om een zorgaanbieder die een contract heeft voor 2024, maar geen contract had in 2023. Op www.zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker kunt u vinden welke zorgaanbieders dit betreft;
 - als u gebruik wenst te maken van een niet-gecontracteerde zorgverlener.
- Het aanvraagformulier voor toestemming kunt u vinden op www.zorgenzekerheid.nl/brochures.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

27.2 Vergoeding persoonsgebonden budget (Zvw-pgb)

U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget. U heeft dan vooraf schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid nodig. Met dit budget kunt u zelf uw wijkverpleging inkopen. Naast de voorwaarden van art 27.1 is het Reglement persoonsgebonden budget wijkverpleging in dit geval van kracht. In dit Reglement vindt u onder welke voorwaarden u in aanmerking komt voor een Zvw-pgb. Het reglement kunt u vinden op www.zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden.

27.3 Eerstelijns verblijf

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op medisch noodzakelijk verblijf in een Eerstelijns verblijf (ELV) instelling in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. De zorg bestaat uit:

- verblijf inclusief de daaraan onlosmakelijk gekoppelde verpleging en verzorging;
- generalistische geneeskundige zorg (zorg zoals huisartsen die plegen te bieden);
- psychologische hulp, niet zijnde (specialistische) geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, door een gedragskundige aan patiënten met (een vermoeden van) gedragsmatige en/of cognitieve problematiek op verzoek van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten;
- paramedische zorg voor zover dit onlosmakelijk verbonden is met de reden voor opname;
- hulpmiddelen en verbandmiddelen voor zover deze onlosmakelijk verbonden zijn met de reden voor opname.

Wat zijn de voorwaarden?

- de indicatie wordt gesteld door de huisarts of medisch specialist, SEH-arts of specialist ouderengeneeskunde en opname vindt plaats in overleg met de opnemende behandelaar;
- de zorg wordt geleverd door een verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er) met minimaal niveau 3. De eerstverantwoordelijke verpleegkundige is een verpleegkundige met minimaal deskundigheidsniveau 4;
- bij de opname in een ELV-instelling is er zicht op herstel en terugkeer naar de eigen omgeving, tenzij er sprake is van palliatieve zorg;
- er is een zorgplan opgesteld door een behandelaar in de ELV-instelling met een inschatting van de duur van het verblijf;
- de duur van ELV is tenminste 24 uur en in de regel niet langer dan 91 dagen. Na 1.095 dagen bestaat geen recht meer op ELV;
- de ELV-instelling beschikt over een toelating op basis van de Wet Toetreding Zorgaanbieders (WTza);
- bij het indienen van een restitutenota moet u de verwijzing van de huisarts of medisch specialist toevoegen. De diagnose-informatie op de verwijzing hoeft niet zichtbaar te zijn.

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op ELV als:

- respijtzorg (Wmo/Wlz), crisiszorg (Wmo/Wlz) of (geriatrische) revalidatiezorg aangewezen is;
- er sprake is van een indicatie voor verblijf in een medisch-specialistische zorginstelling (bijvoorbeeld een ziekenhuisopname) of specialistische GGZ-zorginstelling.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Zorgverzekeringswet

Artikel 13a

1. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat de verzekerde die behoefte heeft aan verpleging en verzorging die niet gepaard gaat met verblijf in verband met geneeskundige zorg, desgevraagd altijd in aanmerking komt voor een passende vergoeding in de vorm van een Zvw-pgb. De zorgverzekeraar stelt de verzekerde met deze vergoeding in staat in de praktijk zorg of een andere dienst te betrekken, die is afgestemd op zijn behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden.
2. De zorgverzekeraar treedt, na de in het eerste lid bedoelde aanvraag en voorafgaand aan het verstrekken van het Zvw-pgb, in contact met de verzekerde. De zorgverzekeraar informeert de verzekerde over de in het derde lid en andere bij of krachtens deze wet gestelde voorwaarden of beperkingen en beoordeelt de geschiktheid van verzekerde om in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb.
3. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst de voorwaarden op waaronder de verzekerde in aanmerking komt voor een Zvw-pgb.
4. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat de verzekerde ook in aanmerking kan komen voor een Zvw-pgb indien de kosten die de verzekerde maakt voor het betrekken van de desbetreffende zorg of andere dienst hoger zijn dan de vergoeding in de vorm van het Zvw-pgb, mits het verschil voor rekening van de verzekerde komt.
5. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden regels gesteld over de voorwaarden die aan de verzekerde of diens vertegenwoordiger worden gesteld om in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb.
6. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld met betrekking tot:
 - a. de inhoud van de zorg waarvoor een Zvw-pgb wordt verstrekt;
 - b. het uitzonderen van vormen van zorg of overige diensten van het Zvw-pgb;
 - c. het met een Zvw-pgb vergoeden van andere vormen van zorg of overige diensten die onmiddellijk samenhangen met verpleging en verzorging die niet gepaard gaat met verblijf in verband met geneeskundige zorg;
 - d. de mate van vergoeding die de zorgverzekeraar de verzekerde ten minste moet of ten hoogste mag bieden.
7. De zorgverzekeraar wijst de verzekerde bij de aanvraag op het recht op cliëntondersteuning, bedoeld in artikel 2.2.4, eerste lid, onder a, van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015.
8. Bij ministeriële regeling kan een publiekrechtelijke rechtspersoon worden aangewezen die de verzekerde met een Zvw-pgb op diens verzoek ondersteunt bij het verkrijgen van de vergoeding van zijn zorgverzekeraar voor en zijn werkgeverstaken of opdrachtgeverschap in verband met de door verzekerde betrokken zorg of diensten.
9. In de ministeriële regeling, bedoeld in het achtste lid, kunnen regels worden gesteld over de uitvoering van de ondersteuning en over de verstrekking van een jaarlijkse rijksbijdrage voor de uitvoering van de ondersteuning.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.10

Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:

- a. verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of een hoog risico daarop,
- b. niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12, en
- c. geen kraamzorg als bedoeld in artikel 2.11 betreft.

§ 1a. Het Zvw-pgb

Artikel 2.15a

1. Met het Zvw-pgb kan worden vergoed verpleging en verzorging als bedoeld in artikel 2.10.
2. De zorgverzekeraar kan in zijn modelovereenkomst opnemen dat met het Zvw-pgb tevens kan worden vergoed verblijf als bedoeld in artikel 2.12 voor zover gepaard gaande met verpleging en verzorging voor verzekerden tot achttien jaar.

Artikel 2.15b

Tenzij het zorg betreft waarop de artikelen 50 tot en met 56 van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing zijn, kunnen bij ministeriële regeling bedragen worden vastgesteld die ten hoogste met een Zvw-pgb worden vergoed.

Artikel 2.15c

1. Onverminderd andere bij wettelijk voorschrift gestelde voorwaarden of beperkingen alsmede in de zorgverzekering opgenomen voorwaarden wordt een Zvw-pgb verstrekt indien:
 - a. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten met het Zvw-pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit,
 - b. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren,
 - c. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de door hem verkozen zorgaanbieders op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg en
 - d. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger te motiveren dat hij de zorg met een Zvw-pgb geleverd wil en kan krijgen.
2. Onverminderd andere bij wettelijk voorschrift gestelde voorwaarden of beperkingen alsmede in de zorgverzekering opgenomen voorwaarden wordt het Zvw-pgb geweigerd indien:
 - a. de verzekerde bij de eerdere verstrekking van een Zvw-pgb niet in staat is gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen;
 - b. de verzekerde blijkens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres;
 - c. de verzekerde rechtens zijn vrijheid is ontnomen;
 - d. de vertegenwoordiger van de verzekerde niet voldoet aan regels inhoudende beperkingen of eisen die bij ministeriële regeling aan de kring van vertegenwoordigers kunnen worden gesteld in het belang van de bescherming van de verzekerde of van het waarborgen van de hulp,

bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, c en d.

3. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst geen andere voorwaarden en weigeringsgronden op ten aanzien van de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger dan vermeld in het eerste, tweede en vierde lid.
4. Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden gesteld met betrekking tot de voorwaarden en weigeringsgronden ten aanzien van de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger.

Regeling zorgverzekering

§ 1.4a. Zvw-pgb

Artikel 2.29a

1. Tenzij het zorg betreft waarop de artikelen 50 tot en met 56 van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing zijn, wordt met een Zvw-pgb ten hoogste € 28,20 per uur vergoed voor de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
2. In afwijking van het bedrag, genoemd in het eerste lid, bedraagt de vergoeding ten hoogste een door de zorgverzekeraar te bepalen bedrag per uur indien de verzekerde kan aantonen dat de zorg is verleend door een persoon die is ingeschreven in het register, bedoeld in artikel 3 van Wet de op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
3. Het tweede lid is niet van toepassing indien de zorgverlener een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad of de echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel is van de verzekerde.
4. De vergoeding, bedoeld in het tweede lid, is ten hoogste gelijk aan het tarief dat door de zorgautoriteit op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg voor de desbetreffende zorg is vastgesteld.
5. In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook vergoed indien:
 - a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering, in de periode van 1 maart 2020 tot en met 30 juni 2020, als gevolg van de maatregelen in verband met Covid-19, door de zorgverlener niet is verleend;
 - b. deze niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en
 - c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
6. De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het vijfde lid. Deze registratie stelt hij op verzoek van de zorgverzekeraar ter beschikking.
7. In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook vergoed indien:
 - a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering, in de periode van 1 oktober 2020 tot en met 31 december 2021, door de zorgverlener niet is verleend in verband met:
 - 1°. een besmetting van de verzekerde of de zorgverlener met Covid-19,

- 2°. een noodzakelijke quarantaine van de verzekerde of diens zorgverlener vanwege Covid-19, of
 - 3°. het niet kunnen verlenen overeenkomstig de maatregelen in verband met Covid-19 aan de budgethouder vanwege een beperking bij de budgethouder als bedoeld in artikel 6.6, tweede lid, onderdelen d en e, van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19;
 - b. de niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en
 - c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
8. De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het zevende lid. In de registratie is opgenomen:
- a. ingeval van besmetting met Covid-19 van de verzekerde: een bewijsstuk waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze besmetting;
 - b. ingeval van een noodzakelijke quarantaine van de verzekerde in verband met Covid-19: een bewijsstuk of de tussen de verzekerde en de zorgverlener overeengekomen afspraken, waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze quarantaine;
 - c. ingeval van besmetting met Covid-19 of noodzakelijke quarantaine van de zorgverlener in verband met Covid-19: een bewijsstuk of de tussen de zorgverlener en de verzekerde overeengekomen afspraken waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze besmetting of noodzakelijke quarantaine;
 - d. ingeval van de in het tweede lid, onderdeel a, subonderdeel 3°, bedoelde situatie: een specificatie wanneer de zorg om deze reden niet kon worden geleverd.
9. De verzekerde stelt, op verzoek van de zorgverzekeraar, de registratie, bedoeld in het achtste lid, ter beschikking.
10. In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook vergoed indien:
- a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering door de zorgverlener als gevolg van het ontvangen van een vaccinatie voor Covid-19, voor ten hoogste twee uur, niet is verleend;
 - b. de niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en
 - c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
11. De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het elfde lid. In de eigen administratie van budgethouder neemt budgethouder tevens een specificatie op van wanneer de zorg om deze reden niet kon worden geleverd. Deze registratie stelt hij op verzoek van de zorgverzekeraar ter beschikking.

Artikel 2.29b

Het Zvw-pgb wordt in ieder geval geweigerd indien:

- a. de verzekerde, of, indien de verzekerde de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, één van diens ouders of voogden, failliet is verklaard;
- b. ten aanzien van de verzekerde of, indien de verzekerde de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, één van diens ouders of voogden, de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen van toepassing is verklaard, dan wel een verzoek daartoe bij de rechtbank is ingediend.

Artikel 2.29c

- 1. Het Zvw-pgb wordt geweigerd indien de verzekerde door een andere vertegenwoordiger wordt geholpen dan:
 - a. een wettelijk vertegenwoordiger van de verzekerde,

- b. een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad van de verzekerde of,
 - c. de echtgenoot, de geregistreerde partner of een andere levensgezel van de verzekerde.
2. De verzekerde die door een vertegenwoordiger wordt geholpen kan het Zvw-pgb worden geweigerd indien een gegronde reden bestaat om aan te nemen dat de vertegenwoordiger:
- a. bij een eerdere verstrekking van een Zvw-pgb waarbij deze als vertegenwoordiger optrad niet heeft bijgedragen aan nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen,
 - b. blijkens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres,
 - c. zijn vrijheid is ontnomen,
 - d. onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen valt, dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank is ingediend of deze derde failliet is verklaard,
 - e. anderszins onvoldoende zal bijdragen aan het nakomen van de voor de verzekerde aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen, of
 - f. de hulp tegen betaling verleent.

Hoofdstuk 6a. Ondersteuning Zvw-pgb

Artikel 6a.1

De Sociale verzekeringsbank wordt aangewezen als de publiekrechtelijke rechtspersoon, bedoeld in artikel 13a, achtste lid, van de Zorgverzekeringswet.

Artikel 6a.2

1. De ondersteuning, bedoeld in artikel 13a van de Zorgverzekeringswet bestaat uit:
- a. het namens de verzekerde die ten aanzien van zijn zorgverlener inhoudingsplichtige is, indienen van declaraties bij zijn zorgverzekeraar, ontvangen van de vergoedingen van zijn zorgverzekeraar, betalen van zijn zorgverleners met de ontvangen vergoedingen, voeren van een salarisadministratie en doen van aangiften en afdrachten;
 - b. de verzekerde bijstaan of doen bijstaan in zijn werkgeverstaken of opdrachtgeverschap waaronder ten aanzien van ziekte, ontslag, arbeidsomstandighedenregelgeving, zaakschade, aansprakelijkheid en rechtsbijstand.
2. De ondersteuning wordt kosteloos verstrekt.

Artikel 6a.3

1. De Sociale verzekeringsbank stelt voorwaarden aan het verkrijgen van de ondersteuning voor zover dit voor de uitvoerbaarheid van de ondersteuning redelijkerwijs van belang is.
2. De Sociale verzekeringsbank legt haar werkwijze vast en informeert verzekerden en zorgverzekeraars hierover.

Artikel 6a.4

1. De verzekerde verleent medewerking aan de Sociale verzekeringsbank voor zover dat van hem ten behoeve van de uitvoerbaarheid van de ondersteuning redelijkerwijs kan worden verwacht.
2. De verzekerde doet aan de Sociale verzekeringsbank op verzoek of onverwijld uit eigen beweging mededeling van gegevens waarvan hem redelijkerwijs duidelijk moet zijn dat zij noodzakelijk zijn voor het uitvoeren van de ondersteuning.

Artikel 6a.5

De Sociale verzekeringsbank kan de ondersteuning geheel of gedeeltelijk weigeren, opschorten of beëindigen indien de verzekerde niet meer beschikt over een Zvw-pgb of indien niet of niet langer

wordt voldaan aan het gestelde bij of krachtens de artikelen 6a.3 en 6a.4.

Artikel 6a.6

1. De Minister verstrekt de Sociale verzekeringsbank jaarlijks een bijdrage voor de kosten van de ondersteuning.
2. De Sociale verzekeringsbank dient vóór 1 oktober een aanvraag, voorzien van een begroting met toelichting, tot verlening van een bijdrage voor het daaropvolgende jaar in bij de Minister.
3. Binnen 13 weken na ontvangst van de aanvraag besluit de Minister over het verlenen van de bijdrage en van voorschotten op de bijdrage.
4. De Minister kan de Sociale verzekeringsbank bij de verlening van de bijdrage verplichtingen opleggen met betrekking tot de uitvoering van de ondersteuning of het verkrijgen van de bijdrage.
5. Na afloop van het jaar waarvoor de bijdrage is verstrekt, dient de Sociale verzekeringbank vóór 1 juli een aanvraag, voorzien van een financieel verslag met toelichting, tot vaststelling van de bijdrage in bij de Minister.
6. Binnen 13 weken na ontvangst van de aanvraag besluit de Minister over het vaststellen van de bijdrage.

Bestuurlijke afspraken Zvw-pgb

1 januari 2024 t/m 31 december 2026

Overeengekomen door ZN, V&VN, Per Saldo en VWS

Inhoudsopgave

1. Inleiding
2. Betrokken partijen en uitleg van hun rol en verantwoordelijkheid
3. Uitgangspunten
4. Afspraken

1. INLEIDING

Sinds 2015 kan verpleging en verzorging¹ worden ingekocht met een persoonsgebonden budget (pgb). Vanaf 1 januari 2017 is deze leveringsvorm wettelijk verankerd in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Verzekerden kunnen de door de verpleegkundige geïndiceerde zorg ontvangen via zorg in natura of restitutie of door middel van een pgb zelf inkopen. Daarbij is een gelijkwaardige keuze voor de leveringsvorm, kwalitatief goede indicatiestelling en flexibele levering van zorg van belang.

Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), Per Saldo en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) maken bestuurlijke afspraken over de uitvoering van het pgb. Deze afspraken vormen tezamen met de wet- en regelgeving rond het Zvw-pgb, het kader voor de uitvoering. De huidige bestuurlijke afspraken lopen per 1 januari 2024 af. De onderhavige afspraken hebben betrekking op de periode 1 januari 2024 tot en met 31 december 2026.

Partijen benadrukken dat het Zvw-pgb een goede ontwikkeling heeft doorgemaakt de afgelopen periode. De bestuurlijke afspraken hebben daaraan in belangrijke mate bijgedragen. Met de onderhavige afspraken prolongeren en actualiseren partijen waar nodig bestaande afspraken.

De onderhavige bestuurlijke afspraken staan niet op zichzelf. Zij moeten worden gezien in de brede context van de wijkverpleging en het pgb. De bestuurlijke afspraken en de reglementen van zorgverzekeraars sluiten hierop aan.

2. BETROKKEN PARTIJEN EN UITLEG VAN HUN ROL EN VERANTWOORDELIJKHEID

Bij deze afspraken zijn verschillende partijen betrokken met ieder hun eigen rol en verantwoordelijkheid. Die verantwoordelijkheden zijn als volgt te definiëren:

Cliënten/verzekerden/budgethouders met een zorgvraag en zorgbehoefte voor verpleging en verzorging staan centraal. Zij hebben recht op goede zorg, waarbij het zelf regie kunnen voeren een belangrijke waarde is. Als zij een Zvw-pgb krijgen toegewezen, zijn zij ervoor verantwoordelijk om de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren. Budgethouders zijn zelf verantwoordelijk voor het inkopen van verantwoorde zorg. Als zij zorgverleners als werknemer in dienst hebben, zijn zij verantwoordelijk voor goed werkgeverschap. De budgethouders worden bij deze afspraken vertegenwoordigd door Per Saldo.

Zorgverzekeraars hebben binnen het stelsel van de Zvw een zorgplicht jegens hun verzekerden. Bij een aanvraag van een Zvw-pgb toetsen zorgverzekeraars zorgvuldig of de verzekerde aan de gestelde voorwaarden voldoet. Als dat het geval is, stellen zij een toereikend budget vast op basis van het aantal uren zorg. Als dat niet het geval is, dan stellen zij de verzekerde op grond van hun zorgplicht in

¹ Verpleging en verzorging als bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering.

de gelegenheid de zorg waarop hij aanspraak heeft, op andere wijze te verkrijgen. Zorgverzekeraars worden bij deze afspraken vertegenwoordigd door ZN.

Verpleegkundigen zijn verantwoordelijk voor het indiceren van wijkverpleging.

De indicatiestelling gebeurt onafhankelijk, op basis van professionele autonomie en volgens de beroepsnormen.² De indicatie is transparant en navolgbaar. Navolgbaar houdt in dat inzichtelijk is waar de verpleegkundige interventies (zorginzet) toe moet leiden (beoogde zorgresultaten).

Verpleegkundigen worden bij deze afspraken vertegenwoordigd door de V&VN.

De overheid is op systeemniveau verantwoordelijk voor de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg en schept vanuit die verantwoordelijkheid de randvoorwaarden zodat cliënten, indicerend verpleegkundigen en zorgverzekeraars hun rol in het zorgstelsel kunnen vervullen en ziet toe op de naleving van de regels voor de zorg. De overheid wordt bij deze afspraken vertegenwoordigd door de minister van VWS.

Partijen werken met elkaar samen aan oplossingen en verbeteringen van het Zvw-pgb met oog en begrip voor elkaars rollen en verantwoordelijkheden.

3. UITGANGSPUNTEN

- 3.1. Het Zvw-pgb valt binnen het kader van de Zvw. Dat brengt mee dat er sprake is van concurrentie tussen zorgverzekeraars en verzekerden kunnen kiezen tussen verschillende polissen. Daarbij bepaalt mededingingsregelgeving de grenzen van waar onderling afspraken over gemaakt mogen worden. Tegelijkertijd vinden de betrokken partijen uniformiteit in de uitvoering, waar nodig en mogelijk, van belang omdat dit de duidelijkheid voor de verzekerde vergroot. Partijen onderkennen dat het nastreven van uniformiteit niet kan bewerkstelligen dat de uitvoering tussen verschillende zorgverzekeraars volledig uniform is.
- 3.2. De indicatie, evaluatie en casemanagement worden door de zorgverzekeraar, afhankelijk van de polis van de verzekerde, via zorg in natura vergoed en maakt daarmee geen deel uit van het Zvw-pgb. Verzekerden worden hierover geïnformeerd door hun zorgverzekeraar. Verzekerden die bemiddeling wensen naar een indicerend verpleegkundige kunnen dit vragen aan hun zorgverzekeraar.
- 3.3. Het Zvw-pgb is een instrument dat verzekerden in staat stelt om zelf *verpleging en verzorging* in te kopen en zo de regie over hun zorg te behouden. Bij het vaststellen van het budget voor het Zvw-pgb wordt *de gezondheidssituatie* van de verzekerde op dat moment als uitgangspunt genomen, *waarbij de* indicerend verpleegkundige *de zorgbehoefte vaststelt conform het verpleegkundig proces*. Als de *toekenning qua omvang en/of duur afwijkt* van de *geïndiceerde*

² Ten tijde van het opstellen van deze bestuurlijke afspraken zijn de beroepsnormen door V&VN vastgelegd in een normenkader, aanvullende handreikingen, en een begrippenkader: V&VN, *Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving*, Utrecht juli 2014; V&VN, *Handreiking Normenkader voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in eigen omgeving*, 2020; V&VN, *Handreiking Verpleegkundig Proces bij indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in eigen omgeving*, 2020; V&VN, *Handreiking Indicatieproces Kindzorg*, 2020; V&VN, *Begrippenkader Indicatieproces*, 2019, Zorginstituut Nederland, *Verpleegkundige indicatiestelling; een nadere duiding*, 2019, Zorginstituut Nederland, *Zorg door het clientnetwerk en pgb*, 2021

- omvang en/of duur*, stemmen zorgverzekeraars dit met indicierend verpleegkundige af en bij afwijking motiveren zij dit aan de verzekerde en indicierend verpleegkundige.
- 3.4. Partijen zijn het erover eens dat het Zvw-pgb een geschikt instrument is voor budgethouders die bewust en vrijwillig hebben gekozen om zelf zorg in te kopen, waarbij eigen regie, flexibiliteit, keuzevrijheid en continuïteit van zorg centrale waarden zijn.
 - 3.5. Partijen onderschrijven dat een meerwaarde van het pgb gelegen is in het flexibel kunnen inzetten van meer- en minder zorg in de tijd, binnen het maximale door de zorgverzekeraar te verstrekken budget.
 - 3.6. Afhankelijk van de zorgbehoefte wordt de indicatie door de indicierend verpleegkundige bijgesteld op basis van de actuele gezondheidssituatie. De budgettoekenning vervolgens van de zorgverzekeraar is gebaseerd op de actuele indicatie. De toekenning kan gelijk of (door de controle op doelmatigheid en rechtmatigheid) lager zijn dan de indicatie. N.B. Zorgverzekeraars stellen zelf geen indicaties bij maar zijn wel verantwoordelijk voor de budgettoekenning.
 - 3.7. Bij het bepalen van de geldigheidsduur van de indicatie en de Zvw-pgb-toekenning wordt maatwerk betracht, waarbij zowel de zorgvraag en de gezondheidsvaardigheden van de verzekerde als aspecten rond het kunnen beheren van het Zvw-pgb, een rol kunnen spelen.
 - 3.8. Vanaf 15 mei 2023 is het mogelijk voor budgethouders (ouder dan 18 jaar) bij de verlengingsaanvraag van hun toekenning voor een Zvw-pgb en met een stabiele en chronische zorgbehoefte om in aanmerking te komen voor de verlengde toekenning Zvw-pgb tot maximaal 5 jaar. Dit kan resulteren in een toekenning Zvw-pgb tot 5 jaar. De volledige informatie en de voorwaarden over de verlengde toekenning zijn terug te vinden in de Handreiking verlengde toekenning Zvw-pgb.
 - 3.9. Partijen benadrukken dat kwaliteit van zorg, waaronder goede indicatiestelling, randvoorwaardelijk is voor Zvw-pgb. Daartoe onderschrijven zij de in gang gezette deskundigheidsbevordering en ondersteunen zij de door de beroepsgroep ontwikkelde hulpmiddelen en kaders. Het is hiervoor wenselijk dat indicierend verpleegkundigen en medisch adviseurs (werkzaam bij een zorgverzekeraar) aan intercollegiale toetsing doen. De interpretatie en de normering worden tussen indicierend verpleegkundigen en medisch adviseurs onderling afgestemd en is in lijn met de professionele standaard. Daarbij speelt professionaliteit (objectief en vakbekwaam) een grote rol. Hierbij dient benadrukt te worden dat indiceren maatwerk is. De intercollegiale toetsing heeft als doel om de kwaliteit van de indicatiestelling en de beoordeling te verbeteren waardoor meer eenduidigheid ontstaat.
 - 3.10. Alle betrokken partijen hebben aandacht voor het aanpakken en voorkomen van fraude. Maatregelen die bijdragen aan de fraudebestendigheid van het Zvw-pgb omvatten het verstrekken van duidelijke en tijdige informatie aan verzekerden over het kiezen, beheren en de bijbehorende rechten en verplichtingen van een Zvw-pgb. Daarnaast wordt er bewustzijn gecreëerd door middel van een gesprek bij de aanvraag en het afleggen van huisbezoeken aan de verzekerde.
 - 3.11. Van partijen mag verwacht worden dat zij op de hoogte zijn van de laatste ontwikkelingen omtrent de indicatiestelling en uitvoering van het Zvw-pgb en de daarbij horende publicaties. Partijen zijn bekend met de bij dit artikel in de toelichting genoemde documenten. Partijen onderschrijven (het belang van) de continue doorontwikkeling van de indicatiestelling en uitvoering van het Zvw-pgb. Deze lijst betreft daarom enkel een moment opname en is dus niet alles omvattend.

4. AFSPRAKEN

4. Toegang

- 4.1 Met het Zvw-pgb wordt het verblijf met verpleging en verzorging voor verzekerden tot achttien jaar niet vergoed volgens artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering. Zorgverzekeraars zorgen ervoor dat deze zorg toegankelijk is via natura of restitutie. Als de verzekerde geen passende afspraken kan maken met de gekozen zorgaanbieder, zal de verzekeraar samen met de budgethouder zorgen voor passende oplossingen. Verzekerden met een naturapolis komen in aanmerking voor volledige restitutie als het verblijf niet geleverd kan worden door een gecontracteerde zorgaanbieder, na voldoende onderzoek door de verzekerde, huisarts of transferverpleegkundige en de zorgverzekeraar.
- 4.2 De doelgroep van het Zvw-pgb zijn verzekerden bij wie sprake is van een langdurige zorgvraag (langer dan een jaar) of palliatief terminale zorg. Van palliatief terminale zorg is sprake, als door de behandelend arts is vastgesteld dat sprake is van een levensverwachting van minder dan drie maanden.
- 4.3. Daarbij zijn in ieder geval de volgende aandachtspunten van belang:
 - a. Partijen constateren dat de zorgvraag van de verzekerde voorop staat en dat daartoe een passende indicatie gesteld moet worden door de indicerend verpleegkundige. De verpleegkundige is als zorgprofessional verantwoordelijk voor de indicatiestelling voor 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en het bepalen van de in dat kader noodzakelijke zorg.
 - b. Bij indicatiestellingen waarbij (ten dele) andere zorg is geïndiceerd dan de zorg waarvoor een Zvw-pgb kan worden ingezet, zal de zorgverzekeraar de aanvraag van een Zvw-pgb voor die andere zorg gemotiveerd afwijzen richting de verzekerde en de indicerend verpleegkundige.
 - c. Als de verzekerde wil kiezen voor een Zvw-pgb, dan mag de indicatie niet zijn gesteld door een individuele zorgverlener die deze zorg (deels) aan de verzekerde zal gaan leveren, tenzij het een door de zorgverzekeraar voor zorg in natura gecontracteerde zorgaanbieder is.
 - d. Partijen onderschrijven het belang dat een indicerende verpleegkundige in staat moet zijn om een onafhankelijk oordeel te vellen over de zorgvraag van de verzekerde.
 - e. Zorgverzekeraars kunnen voorwaarden stellen aan de indicatiestelling om de onafhankelijkheid te waarborgen, zoals vastgelegd in het reglement Zvw-pgb. Het cyclisch verpleegkundig proces wordt erkend als een waardevol onderdeel van het Zvw-pgb, dat bijdraagt aan kwaliteit, doelmatigheid en samenwerking met andere disciplines. Budgethouders en indicerend verpleegkundigen maken onderling afspraken om dit proces te waarborgen, met als doel het monitoren en evalueren van de zorginterventies en het harmoniseren van werkwijzen tussen zorg in natura en pgb. Indien een zorgverzekeraar aanvullende vragen of informatie nodig heeft van de indicerend verpleegkundige om de aanvraag te beoordelen, verwachten partijen dat de indicerend verpleegkundige de ruimte krijgt om deze vragen en informatie te beantwoorden binnen een redelijke werkbare termijn.
 - f. V&VN, ZN en Per Saldo spreken af periodiek overleg te houden over knelpunten en uitdagingen in de uitvoering van het Zvw-pgb. Het initiatief hiervoor ligt bij deze partijen. Indien deze partijen hier aanleiding voor zien, zullen zij ook VWS betrekken.

- 4.4. De zorgverzekeraar beoordeelt de aanvraag op basis van de door de verpleegkundige opgestelde (her)indicatie, het door de verzekerde aangeleverde aanvraagformulier en overige documenten en laat in beginsel een bewuste-keuze gesprek plaatsvinden als de zorgverzekeraar dit nodig vindt.
- 4.5. De zorgverzekeraar toetst bij de pgb-aanvraag of voldaan wordt aan de gestelde voorwaarden in de polis en het bijbehorende reglement Zvw-rgb. Op grond van wet- en regelgeving wordt in ieder geval getoetst op vier voorwaarden aan de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger. Het is aan zorgverzekeraars om deze regels in de praktijk vorm te geven.

In onderstaande bepalingen wordt hiervoor een handreiking gedaan.

- a. Ten aanzien van de voorwaarde dat de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is met het Zvw-rgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit kan de zorgverzekeraar van de verzekerde verlangen dat hij in zijn aanvraag opneemt op welke wijze hij de zorg zal inzetten ten behoeve van verbetering, behoud of beperking van achteruitgang van zijn gezondheid, afhankelijk van wat gezien zijn zorgvraag reëel is. De zorgverzekeraar kan de visie van de indicerend verpleegkundige vragen of het plan van de verzekerde in lijn is met wat gezien zijn situatie mogelijk is.
- b. Ten aanzien van de voorwaarde dat de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de aan het Zvw-rgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren kan de zorgverzekeraar toetsen volgens het uniforme kader voor rgb-vaardigheid of de verzekerde de rechten en verplichtingen die bij het Zvw-rgb horen, begrepen heeft en hoe de verzekerde daar uitvoering aan denkt te geven.
- c. Ten aanzien van de voorwaarde dat de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de door hem verkozen zorgaanbieders op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg kan de zorgverzekeraar toetsen of de inzet van zorg, zoals opgenomen in de aanvraag, aansluit bij de zorgvraag. De zorgverzekeraar kan de indicerend verpleegkundige vragen om advies te geven over welke inzet van zorg noodzakelijk is wil sprake zijn van verantwoorde zorg. Van verantwoorde zorg is in ieder geval geen sprake, als de verzekerde een gezondheidsrisico loopt door de voorgenomen inzet van zorg. Indien de zorgverzekeraar op basis van de aanvraag van oordeel is dat de verzekerde niet in staat is op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de door hem gekozen zorgaanbieders op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg, dan kan de zorgverzekeraar voorwaarden stellen aan de inzet van zorg, waaronder het Zvw-rgb alsnog kan worden toegewezen.
- d. Ten aanzien van de voorwaarde dat de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger te motiveren dat hij de zorg met een Zvw-rgb geleverd wil en kan krijgen kan de zorgverzekeraar zich er in ieder geval van vergewissen dat de keuze voor een Zvw-rgb de bewuste keuze is van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger. De zorgverzekeraar kan de verzekerde daarbij verzoeken een inhoudelijke motivering van zijn aanvraag te geven.

- 4.6. Voor zover de verzekerde de zorg wil inzetten bij een voor naturazorg gecontracteerde aanbieder, kan de zorgverzekeraar het Zvw-pgb voor dat deel van de zorg weigeren en de zorg in natura aanbieden. Als de natura-aanbieder voor het betreffende jaar zijn inkoopplafond al heeft bereikt, kan de verzekerde ervoor kiezen het Zvw-pgb bij een andere aanbieder in te zetten of doet de zorgverzekeraar een ander natura-aanbod. Van belang is dat verzekerden eigen regie kunnen voeren ten aanzien van de zorg die zij ontvangen, ook wanneer deze in natura wordt geleverd.
- 4.7. Indien daartoe acute noodzaak bestaat hebben alle zorgverzekeraars een spoedprocedure beschikbaar voor de (tijdelijke) ophoging van het Zvw-pgb. Een ziekenhuisopname is een voorbeeld van acute noodzaak. Alle partijen hechten belang aan de beschikbaarheid en optimale werking van die spoedprocedure. De zorgverzekeraars optimaliseren waar nodig is een voorbeeld van acute noodzaak. Alle partijen hechten belang aan de beschikbaarheid en optimale werking van die spoedprocedure.
- 4.8. De verzekeraars zorgen dat op hun website de informatie over het Zvw-pgb goed vindbaar en toegankelijk staat opgenomen en verwijzen hierbij tevens naar de website van Per Saldo, www.pgb.nl.

5. Inzet zorg

- 5.1 De budgethouder heeft recht op het aanvragen van een second opinion na het ontvangen van de gestelde indicatie door een indicierend verpleegkundige. Tevens kan de zorgverzekeraar vragen om een herbeoordeling. De herbeoordeling dient te voldoen aan de Toetsingscriteria herbeoordeling indicaties niet-gecontracteerde zorg en persoonsgebonden budget³
- 5.2 De budgethouder heeft de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg die wordt ingezet. Dit betekent dat hij vrij is om zorgverleners te kiezen en dat hij gedurende de looptijd van het Zvw-pgb verantwoorde zorg moet bieden volgens kwaliteitsnormen en standaarden. Bij de aanvraag geeft de verzekerde aan welke zorgaanbieder(s) hij wil gebruiken, inclusief informele zorgverleners die ouder zijn dan vijftien jaar. Als de informele zorgverlener voorbehouden handelingen verricht, moet dit conform de Wet BIG gebeuren en moet de zorgverlener voldoende instructie hebben. Als een informele zorgverlener niet onder de arbeidstijdenregelgeving valt, wordt maximaal 40 uur zorgverlening per week vergoed.
- 5.3 Budgethouders hebben de mogelijkheid om zowel formele als informele zorgverleners in te schakelen. Bij complexe zorgvragen met hoge indicaties is het vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg vaak nodig om een formele zorgverlener bij de zorg te betrekken. Als het wekelijkse aantal vergoede uren verpleging en verzorging hoger is dan 24, kan de zorgverzekeraar in het bewuste-keuzegesprek de voorwaarde stellen dat een deel van de zorg wordt geleverd door een formele zorgverlener. In uitzonderlijke situaties kan de verzekeraar ook bij minder dan 24 uur zorg per week de voorwaarde stellen dat een deel door een formele zorgverlener wordt geleverd en/of dat de zorg tussentijds wordt geëvalueerd. Voor zorgvragen van minder dan 24 uur is afstemming en motivatie tussen de zorgverzekeraar, verpleegkundige en budgethouder nodig om van deze grens af te wijken. Maatwerk is altijd het uitgangspunt en dit artikel zal halfjaarlijks worden geëvalueerd en gevolgd in de praktijk, waarbij tussentijds overleg plaatsvindt om casuïstiek te bespreken.
- 5.4 Voor zover de verzekerde een andere type zorg declareert dan de zorg waarvoor het toegekende Zvw-pgb kan worden ingezet, zal de zorgverzekeraar de declaratie afwijzen.
- 5.5 Het ministerie van VWS spant zich in om te bezien of de kosten van loondoorbetaling aan de zorgverlener bij tijdelijke opname van de budgethouder voor vergoeding in aanmerking kunnen komen.

³ venvn.nl/media/fhybb4tq/toetsingscriteria_herbeoordeling_indicaties_juli2020.pdf

- 5.6 De modaliteit van toekenning van het Zvw-pgb kan per zorgverzekeraar verschillen (bijvoorbeeld een maximum toereikend budget voor een bepaalde tijdsperiode of een aantal uren tegen een toereikend tarief). De verzekerde kan daarmee bij de keuze van een polis kiezen welke modaliteit in zijn situatie het best passend is.

6. Looptijd, werking, geschillen en monitoring

- 6.1 De looptijd van deze afspraken is 1 januari 2024 tot en met 31 december 2026, behoudens tussentijds in onderling overleg afgesproken wijzigingen of wanneer wijzigingen in wet- en regelgeving daartoe aanleiding geven. In onderling overleg kan de looptijd van de afspraken worden verlengd. Daarnaast hebben partijen gedurende de looptijd van deze afspraken regulier onderling overleg naar aanleiding van signalen. Dit kan tot aanpassing van de afspraken leiden.
- 6.2 Geschillen zijn onderwerp van onderling overleg.
- 6.3 Gedurende de looptijd van deze afspraken worden, onder verantwoordelijkheid van de minister van VWS, jaarlijks de kwantitatieve en financiële gegevens over de uitvoering van het Zvw-pgb inzichtelijk gemaakt in een interactief flexibel dashboard.
- 6.4 Vanaf de start van de looptijd van deze afspraken zal de uitwerking ervan in de praktijk door partijen nauwlettend gevolgd en halfjaarlijks besproken worden. Partijen zijn ontvankelijk voor elkaars vragen en opmerkingen en bereid met elkaar tussentijds te overleggen indien daar volgens een van de partijen aanleiding toe is.
- 6.5 Het Ministerie van VWS spant zich in om te bezien of het Zvw-pgb bij opname van de budgethouder in het ziekenhuis kan worden ingezet indien de budgethouder aantoonbaar is aangewezen op zorg geleverd door zijn pgb-zorgverlener.

ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING

Voor zover partijen een nadere toelichting op de artikelen noodzakelijk vonden, is die hieronder opgenomen.

Artikel 3.1

Bij de uitvoering van het Zvw-pgb tot nu toe en bij de doorontwikkeling van het Zvw-pgb via deze bestuurlijke afspraken is een balans gezocht tussen uniformiteit enerzijds en de bevoegdheid en verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars om de zorgverzekering op eigen wijze in te vullen anderzijds. Bij het maken van deze afspraken is gekeken naar: op welke punten uniformiteit van belang werd geacht die ook binnen de grenzen van de mededingingsregelgeving mogelijk waren. Expliciet is de notie opgenomen dat het nastreven van uniformiteit waar nodig en mogelijk niet kan bewerkstelligen dat de uitvoering tussen verschillende zorgverzekeraars volledig uniform is. Enerzijds heeft dat te maken met het feit dat zorgverzekeraars in hun algemene polisvoorwaarden of in hun werkwijze in algemene zin verschillen, anderzijds is het ook de bedoeling dat de uitvoering van het Zvw-pgb maatwerk is. Bij de beoordeling of een verzekerde aan de gestelde voorwaarden voldoet, zal worden gekeken naar zijn persoonlijke situatie. Dat betekent dat de toepassing van voorwaarden, ook als die uniform zijn vastgesteld, uiteindelijk maatwerk zal zijn.

Artikel 3.5

Dit artikel benadrukt dat de meerwaarde van het instrument pgb gelegen is in het flexibel kunnen inzetten van meer- en minderzorg in de tijd binnen de door zorgverzekeraar verstrekte maximale vergoeding. Het gevolg hiervan is dat de budgethouder het pgb bij elke zorgverzekeraar flexibel kan inzetten.

Artikel 3.10

Deze bestuurlijke afspraken hebben in zichzelf niet tot doel om de fraudebestendigheid van het Zvw-pgb te vergroten. Partijen willen wel benadrukken dat het voorkomen en de aanpak van fraude van groot belang zijn. In het artikel is een aantal voorbeelden genoemd van instrumenten die kunnen worden ingezet bij het voorkomen en de aanpak van fraude. Het is aan zorgverzekeraars of en op welke wijze zij deze instrumenten inzetten.

Artikel 3.11

Van partijen mag verwacht worden dat zij bekend zijn met de professionele standaard/ het professioneel handelingskader van de indicierend verpleegkundigen.

Artikel 4.1

Met ingang van 2017 gelden er voor verpleegkundige dagopvang en verblijf bij kindzorg nieuwe beleidsregels die door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn vastgesteld. De prestaties verpleegkundige dagopvang en verblijf, zoals opgenomen in deze beleidsregel, zijn geënt op zorglevering op specifieke locaties die hiervoor ingericht moeten zijn. Dit maakt dat deze zorg feitelijk gezien alleen door een formele zorgaanbieder (een instelling) zal worden geleverd. Voor een kind dat op kindzorg is aangewezen en ook behoefte heeft aan verblijf in een kindershospice of verpleegkundig kinderdagverblijf wordt sinds 2017 vanuit zorg in natura (gecontracteerd of niet-gecontracteerd)voorzien. Daarbij staat voor partijen de keuzevrijheid en eigen regie voor de

budgethouder voorop. Dit betekent dat budgethouders toegang hebben tot alle instellingen die deze zorg aanbieden en die aan de beleidsregels van de NZa voldoen, ook wanneer de keuze valt op een instelling die niet door de eigen zorgverzekeraar is gecontracteerd. In dat geval zal vergoeding van deze zorg middels restitutie plaats vinden. De restitutie-optie geldt daarmee dus ook voor verzekerden met een naturapolis. Daarnaast hebben partijen afgesproken dat wanneer de budgethouder of diens wettelijke vertegenwoordiger onverhoopt niet tot voldoende passende afspraken kan komen met de gekozen gecontracteerde zorgaanbieder, de zorgverzekeraar er in samenspraak met de budgethouder zorg voor zal dragen dat er alsnog tot passende afspraken gekomen wordt, zodat de eigen regie van de budgethouder is geborgd.

Artikel 4.2

Ten aanzien van de doelgroep met een zorgbehoefte langer dan een jaar geldt dat de behoefte aan verpleging en verzorging langer dan een jaar dient te zijn om in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb. De indicatie kan voor een kortere duur zijn afgegeven. Ook kan sprake zijn van een fluctuerende zorgvraag.

Artikel 4.3

Sinds de start van het Zvw-pgb is gebleken dat een indicatie voor een verzekerde die wil kiezen voor een Zvw-pgb anders verloopt dan bij zorg in natura. Met alle betrokken partijen wordt gewerkt aan verbeteringen in dat proces. Met deze bestuurlijke afspraken wordt een aantal afspraken gemaakt over aandachtspunten in dit kader.

Onder a is geëxpliciteerd dat de zorgverzekeraar een pgb-aanvraag gemotiveerd afwijst voor zover het zorg betreft die geen verzekerde Zvw-zorg betreft of die niet valt onder de zorg die met een Zvw-pgb mag worden ingekocht. Vergoeding van dergelijke zorg via een Zvw-pgb is immers niet rechtmatig. In de praktijk komt voor dat niet (medisch) noodzakelijke zorg wordt geïndiceerd of zorg die in een ander domein valt, zoals ondersteuning die onder de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 valt. Ook komt voor dat Zvw-zorg die niet met een Zvw-pgb mag worden ingekocht wordt mee geïndiceerd, zoals hulpmiddelen. De zorgverzekeraar mag daarbij een inhoudelijke beoordeling doen van de gestelde indicaties, bijvoorbeeld door de indicatiestelling te laten toetsen door de eigen medisch adviseur.

Onder b is geëxpliciteerd dat de zorg niet mag worden geïndiceerd door een individuele zorgverlener die de zorg (deels) zelf zal gaan leveren. Wel toegestaan is dat een organisatie die de zorg (deels) gaat leveren de zorg indiceert. Bij het Zvw-pgb wordt hiermee een andere keuze gemaakt dan bij zorg in natura. Bij zorg in natura zijn, onder andere via de zorginkoop, waarborgen ingebouwd om te voorkomen dat onnodig hoge indicaties worden gesteld. Dat is bij het Zvw-pgb onvoldoende het geval. Partijen vinden dit een ongewenste situatie en hebben om die reden de betreffende afspraak gemaakt.

Onder c is benadrukt dat partijen het van belang vinden dat de indicatie onafhankelijk kan plaatsvinden. Dat is in lijn met het kader “Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving” van Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, maar wordt in de praktijk nog niet altijd goed ingevuld. Voorbeelden waarbij die onafhankelijkheid in het geding kan komen is als de verzekerde niet dezelfde taal spreekt als de indicierend verpleegkundige of als de vaste zorgverlener namens de verzekerde het woord voert. Zorgverzekeraars kunnen regelen dat dan bijvoorbeeld een tolk kan worden ingeschakeld door de indicatiesteller (conform de Kwaliteitsnorm tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg) of dat de zorgverlener niet bij de indicatiestelling aanwezig mag zijn.

Onder d wordt gerefereerd aan het cyclisch proces binnen de verpleging en verzorging. Vanuit de aard van de zorg is verpleging en verzorging gericht op een cyclisch proces van risico-inschatting, vroeg signalering, probleemherkenning, interventie en monitoring. Tijdens de zorgverlening wordt dit proces ingezet om de zorg aan de verzekerde voortdurend te kunnen aanpassen aan de situatie van dat moment. Bij een verzekerde die zelf zorg inkoopt met een Zvw-pgb heeft de verzekerde zelf een belangrijke rol in dit proces. De verzekerde koopt immers zelf de zorg in en stuurt de ingekochte zorgverleners aan, waarmee het waar nodig aanpassen van de zorg aan de situatie op dat moment ook aan de verzekerde is om aan te sturen. Inherent onderdeel van het cyclisch proces door verpleegkundigen is echter dat de indicatiestelling regelmatig wordt geëvalueerd. De indicatie en de evaluatie daarvan kunnen niet door de verzekerde zelf worden overgenomen, omdat dit conform het daartoe opgestelde normenkader van V&VN dient te geschieden.

Artikel 4.4

Het beoordelen en interpreteren van (medische) persoonsgegevens valt onder de verantwoordelijkheid van een medisch adviseur. Het uitgangspunt is dat deze gegevens uitsluitend worden verwerkt voor het daartoe bestemde doel (doelbinding), het beoordelen van een Zvw-pgb aanvraag. Daarbij neemt de medisch adviseur eveneens de grondbeginselen van proportionaliteit en subsidiariteit in acht.

Artikel 4.5

Dit artikel heeft betrekking op de voorwaarden aan de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger, zoals opgenomen in artikel 2.15c, eerste lid van de Besluit zorgverzekering. Naast deze voorwaarden kunnen ook andere voorwaarden van toepassing zijn. Daarbij gaat het in de eerste plaats om voorwaarden die bijvoorbeeld betrekking hebben op de administratieve procedure bij een aanvraag van een Zvw-pgb, zoals het overleggen van een budgetplan en andere relevante documenten, of om de wijze waarop verantwoording en uitbetaling van het Zvw-pgb geschiedt. Hierover worden geen specifieke regels gesteld. De inrichting hiervan is aan zorgverzekeraars. Daarnaast is in artikel 13a van de Zorgverzekeringswet bepaald dat regels kunnen worden gesteld betreffende de inhoud van de zorg waarvoor een Zvw-pgb wordt verstrekt. Daarover zijn geen nadere regels gesteld.

Op grond van artikel 13a, derde lid, van de Zvw neemt de zorgverzekeraar alle voorwaarden op in zijn modelovereenkomst conform de overeenkomst van Sociale Verzekeringsbank (SVB).

Onder a is aangegeven dat de zorgverzekeraar bij zijn toets of de verzekerde of zijn vertegenwoordiger in staat is zorg te dragen voor doelmatige zorg in ieder geval kan toetsen in hoeverre met het Zvw-pgb zal worden gewerkt aan de verbetering, het behoud of beperking van achteruitgang van zijn gezondheid. Daarmee wordt aan de voorkant getoetst of de wijze waarop de verzekerde zijn zorg wil inzetten gezien zijn zorgvraag effectief is. De zorgverzekeraar kan de visie van de indicierend verpleegkundige vragen. Dat kan zowel vooraf via het verpleegkundig-deel van het aanvraagformulier, of door contact met de verpleegkundige na de pgb-aanvraag.

Onder b gaat het over de vraag of de verzekerde of zijn vertegenwoordiger in staat is de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen uit te voeren. Van belang is dat de zorgverzekeraar kan toetsen of de verzekerde op de hoogte is van de taken en verplichtingen die aan het Zvw-pgb zijn verbonden. Deze voorwaarde is onder meer bedoeld om verzekerden die onder invloed van een kwaadwillend pgb-bureau een Zvw-pgb aanvragen uit te sluiten van een Zvw-pgb. Ook kan worden getoetst of de verzekerde in staat is het financiële beheer over het Zvw-pgb uit te voeren en of hij in staat is eventuele arbeidsrechtelijke taken en verplichtingen uit te voeren.

Onder c wordt aangegeven hoe de zorgverzekeraar de toets kan invullen of de verzekerde of zijn vertegenwoordiger in staat is zorg te dragen voor verantwoorde zorg. De toets is er niet op gericht dat de zorg op hetzelfde niveau is als een professioneel verpleegkundige zou bieden. Wat verantwoorde zorg is hangt af van de zorgvraag en de situatie van de verzekerde. Zolang de kwaliteit van de zorg niet onder de norm van verantwoorde zorg komt, speelt de ervaren kwaliteit van leven van de verzekerde en de keuzes die hij daartoe maakt daarbij ook een belangrijke rol. Zorgverzekeraars kunnen de verzekerde verzoeken om in de aanvraag of bijvoorbeeld tijdens een bewuste-keuzegesprek een toelichting te geven op de voorgenomen inzet van zorg. Aandachtspunten daarbij kunnen bijvoorbeeld zijn hoe verantwoorde zorg wordt georganiseerd als (met name) informele zorgverleners worden ingezet, hoe continuïteit van zorg wordt geborgd als zorgverleners onverwacht uitvallen of hoe noodzakelijke afstemming met andere zorgverleners, ook buiten de geïndiceerde verpleging en verzorging, is geborgd. Bij dit artikel gaat het om een toets aan de voorkant die mede bepaalt of een verzekerde in aanmerking komt voor een Zvw-pgb. In artikel 3.9 wordt vervolgens bepaald dat de verzekerde gedurende de looptijd van het Zvw-pgb verantwoordelijk is en blijft om zorg te dragen voor verantwoorde zorg.

Onder d gaat het over de vraag of de keuze van de verzekerde voor een Zvw-pgb een bewuste keuze is. De zorgverzekeraar kan dit toetsen door middel van een bewuste-keuzegesprek of op een andere door hem geschikt geachte wijze. Zorgverzekeraars kunnen daarbij vragen om een inhoudelijke onderbouwing van de aanvraag.

Artikel 4.6

Als de verzekerde een door een zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder wil inzetten, dan kan de zorgverzekeraar ervoor kiezen dat deel van de zorg in natura te bieden. Dit geldt ook voor een zorgaanbieder, als het concern waartoe deze aanbieder behoort, gecontracteerd is. Voorwaarde hierbij is wel dat de aanbieder hetzelfde aanbod heeft en er binnen hetzelfde budget dezelfde hoeveelheid zorg geboden wordt. Daarmee valt de zorg binnen de inkoopafspraken die de zorgverzekeraar heeft gemaakt. Dat betekent dat de verzekerde zijn zorg voor een deel kan inkopen met een pgb en dat voor het andere deel er zorg in natura wordt verleend. Met deze bepaling kan bovendien de ongewenste praktijk worden tegengegaan dat zorgaanbieders verzekerden adviseren een pgb aan te vragen om buiten hun inkoopafspraken extra zorg te leveren. Deze bepaling geldt ook als op papier sprake is van een andere zorgaanbieder, maar deze feitelijk deel uitmaakt van een al gecontracteerde organisatie.

Artikel 4.8

Begrijpelijke en toegankelijke cliëntinformatie over het Zvw-pgb is voor verzekerden essentieel om een goede afweging en een bewuste keuze te kunnen maken omtrent de leveringsvorm van de verpleging en verzorging. Partijen vinden het belangrijk dat de benodigde informatie begrijpelijk is en goed vindbaar is op de website van de zorgverzekeraars. Daarnaast vinden partijen het van belang dat op de websites van zorgverzekeraars wordt verwezen naar de website van Per Saldo.

Artikel 5.1

De budgethouder is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de ingezette zorg. Met dit artikel willen partijen benadrukken dat het daarbij gaat om zowel rechten als plichten voor de verzekerde. De verzekerde heeft het recht zelf zijn zorgverleners te kiezen, maar hij heeft daarbij de plicht ervoor te zorgen dat de zorg verantwoord is en blijft. De voorwaarden die worden gesteld aan de informele zorgverlener ten aanzien van zijn leeftijd, de instructie bij voorbehouden handelingen en de maximering van het aantal te vergoeden uren hangen samen met het borgen van verantwoorde zorg.

Artikel 5.2

De budgethouder kan een informele zorgverlener inhuren om de benodigde zorg te verlenen. Vaak zal dit de partner en/of de ouder zijn van de verzekerde. Het begrip is echter breder. Bij een complexe zorgvraag kan het uit het oogpunt van borging van de kwaliteit en de continuïteit van de geleverde zorg belangrijk zijn dat ook een formele zorgverlener bij de zorg betrokken is. De formele zorgverlener heeft een professionele blik op de ingezette zorg en kan de informele zorgverlener daarbij eventueel coachen en begeleiden. Ook kan de formele zorgverlener taken overnemen van de informele hulpverlener bijvoorbeeld wanneer de informele zorgverlener overbelast en/of ziek raakt.

Voor de vraag wie onder de noemer van formele zorgverlener valt, verwijzen partijen naar datgene wat is opgenomen in het PGB-reglement over de informele zorgverleners. Onder informele zorgverleners vallen in ieder geval zorgverleners die:

- a. ouders, verzorgers, partner (zoals: echtgenoot, geregistreerd partner of andere levensgezel), bloed- of aanverwanten in de 1e of 2e graad zijn en/of;
- b. zorghulp of helpende tot opleidingsniveau 3 zijn en/of;
- c. niet zijn ingeschreven als verpleegkundige in het register, bedoeld in art. 3 van de wet BIG, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg en/of;
- d. geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de SBI codes 86, 87 of 88 staan geregistreerd als een zorg verlenende organisatie in het Handelsregister.

Indien één van bovenstaande punten van toepassing is, komt een zorgverlener niet in aanmerking voor het formele tarief.

Formele zorgverleners zijn alle zorgverleners die niet als informele zorgverlener worden aangemerkt. Hiervoor is het noodzakelijk dat bij de aanvraag voor het Zvw-pgb en bij elke declaratie de AGB-code van de pgb-zorgverlener wordt vermeld.

- a. Alleen de AGB-codes uit de categorieën 41 ZZP'er wijkverpleging, 42 zorgaanbieders, 75 thuiszorginstellingen, 91 verpleegkundigen of 98 declaranten/servicebureaus/zorgverzekeraars worden geaccepteerd. De zorgverlener moet daarnaast beschikken over het juiste diploma (verzorgende/verpleegkundige) en aantoonbaar voldoen aan de kwaliteitseisen op het gebied van werkervaring en deskundigheid. Het diploma van de formele zorgverlener kan opgevraagd worden, op basis waarvan zorgverzekeraars kunnen controleren of de zorgverlener bevoegd is tot het verlenen van verpleging en verzorging op basis van het formele tarief.

Dit artikel geeft de zorgverzekeraar de mogelijkheid om bij een complexe zorgvraag en als de maximaal te vergoeden aantal uren verpleging en verzorging per week hoger is dan 24, in het bewuste-keuze gesprek van de verzekerde te verlangen dat naast de informele zorgverlener ook een deel van de zorg door een formele zorgverlener wordt geleverd. Het is dus een mogelijkheid die de verzekeraar kan inzetten, het is geen verplichting. Pas vanaf een zorgvraag van 24 uur of meer kan de verzekeraar de inzet van een formele zorgverlener verlangen wanneer in het bewuste-keuze gesprek besproken is hoe de budgethouder de zorg gaat inzetten. Hierbij moet altijd sprake zijn van maatwerk. Het bewuste-keuze gesprek is noodzakelijk om maatwerk te kunnen betrachten en om te bepalen of de inzet van een formele zorgverlener in het specifieke geval toegevoegde waarde heeft. De verzekeraar motiveert waarom de inzet van formele zorg voor de specifieke budgethouder nodig is. Om te zien of deze maatregel ook doelmatig is, zal dit artikel halfjaarlijks door partijen worden geëvalueerd.

Artikel 5.3

In lijn met art. 3.3, onder a van deze afspraken dat gaat over de toegang tot het Zvw-pgb is in dit artikel geëxpliciteerd dat de zorgverzekeraar een declaratie afwijst voor zover het zorg betreft die

geen verzekerde Zvw-zorg betreft of die niet valt onder de zorg die met een Zvw-pgb mag worden ingekocht.

Artikel 5.4

Wanneer een budgethouder (onverwacht) wordt opgenomen in een ziekenhuis of instelling dient de budgethouder te blijven voldoen aan de arbeidsrechtelijke verplichting om het loon van zijn zorgverlener(s) te betalen. Dit heeft onvoorziene financiële consequenties voor de budgethouder. Dit artikel bepaalt dat het ministerie van VWS zich buigt over de vraag of vergoeding van het loon aan de zorgverlener als gevolg van het tijdelijk opgenomen zijn van de budgethouder voor vergoeding in aanmerking komt. Daarbij zullen ook eventuele overige arbeidsrechtelijke aspecten van het arbeidscontract worden gezien.

Artikel 6.3

Over 2015 tot en met 2017 zijn jaarlijks (monitor)onderzoeken uitgevoerd naar de uitvoering en het gebruik van het Zvw-pgb. De resultaten daarvan zijn vastgelegd in rapportages.

Onder betrokken partijen is de behoefte om het inzicht in de kwantitatieve en financiële gegevens ook in de komende jaren te blijven verkrijgen. Afgesproken is om deze gegevens over latere jaren op te nemen in een online interactief dashboard⁴, die trendontwikkelingen over de jaren heen en andere (eventueel verdiepende) dwarsdoorsnedes inzichtelijk kan maken. Dit dashboard is flexibel ingericht zodat nieuwe indicatoren eenvoudig kunnen worden toegevoegd.

⁴ [Monitor Zorgverzekeringswet-PGB \(monitorzvwpgb.nl\)](http://monitorzorgverzekeringswet-PGB.monitorzvwpgb.nl)

Aldus overeengekomen door Zorgverzekeraars Nederland, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, Per Saldo en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Juli 2023

A.W.D. Molenaar

Directeur Per Saldo

D.J. van den Berg

Voorzitter Zorgverzekeraars Nederland

F.A. Teeling

Directeur Verpleegkundigen en
Verzorgenden Nederland

C. Helder

Minister voor Langdurige Zorg
en Sport